



Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, inledde 2009 i överenskommelse med regeringen ett treårigt utvecklingsarbete kallat Modellområdesprojektet. Fjorton områden i Sverige från Norrbotten till Skåne var med i försöket att ta fram olika modeller för första linjens insatser för barn och unga med, eller risk för, psykisk ohälsa för att ge rätt hjälp på rätt nivå i rätt tid. Projektets utgångspunkt var att det inte fanns en given modell för hela landet och att pilotområdena skulle utgå från sina lokala förutsättningar och bygga vidare på det som var välfungerande. SKR har därefter genom olika utvecklingsarbeten fortsatt att ge stöd till vidareutvecklingen av första linjen, bland annat med inriktning på tillgänglighet, verksamhetsinnehåll och samverkan.

Idag finns en formell första linje för barns och ungas psykiska hälsa i alla regioner, varav en del verksamheter är ny- eller omstartade. I den här skriften presenterar regionerna kortfattat det aktuella läget för sin första linje genom att besvara frågor om organisation, tillgänglighet, bemanning, stöd- och behandlingsinnehåll, uppföljning, samverkan, utmaningar och lärdomar.

Vilket sätt att utforma första linjen fungerar bäst utifrån individ- respektive organisationsperspektiv med hänsyn till de lokala förutsättningarna? Det går inte att veta eftersom det inte finns någon gemensam standard för att följa upp eller utvärdera första linjen. Med stöd av regionernas beskrivningar går det dock att skönja för- och nackdelar utifrån regionernas olika vägval.

De samlade erfarenheterna i den här rapporten kan förhoppningsvis vara en inspiration för regioner som är i färd att vidareutveckla sin första linje och eventuellt en grund för regional eller nationell dialog kring frågor som vinner på en gemensam ansats.

Tack till alla som bidragit till den här lägesrapporten.

Stockholm, 2022-06-10

Ing-Marie Wieselgren, projektchef för Uppdrag Psykisk Hälsa

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Förord	2
Innehåll	3
Syfte och metod	5
Bakgrund	5
Förekomst av psykiska besvär och lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.....	5
Vårdbehov	8
Framväxt av en första linje för barns och ungas psykiska hälsa.....	8
Övergripande lägesbild	17
Organisation	17
Tillgänglighet och dimensionering	20
Kompetens och stöd- och behandlingsinnehåll	22
Samordning och samarbete	25
För- och nackdelar med olika första linjemodeller	32
Tillgänglighet och dimensionering	32
Kompetens och stöd- och behandlingsinnehåll	34
Samverkan	34
Hur blev det i förhållande till modellområdesprojektets 6 modeller?	35
Förslag till strategier för vidareutveckling av första linjen för barns och ungas psykiska hälsa	40
Länsgemensamma kontaktcenter	40
Digitalt förmedlad rådgivning, stöd och behandling	40
Ungdomsmottagningarnas roll	41
Psykisk ohälsa och skolan	42
Barn och unga som får insatser av socialtjänsten eller SiS	43
Förhållandet mellan första linjenivå och BUP	43
Somatisk kompetens	45
Främjande och förebyggande insatser.....	45
Uppföljning och utvärdering	46

PRIMÄRVÅRDSMODELLER	47
Egna lokaler eller lokalisering på vissa vårdcentraler	47
Region Blekinge	47
Region Kalmar län.....	52
Region Värmland.....	57
Region Västernorrland	64
Region Västmanland	69
Region Uppsala.....	78
Region Örebro.....	81
Grunduppdrag vårdcentral, med/utan tilläggsuppdrag	85
Region Norrbotten	85
Region Stockholm	88
Region Västerbotten.....	95
Västra Götalandsregionen	102
Delat huvudmannaskap.....	112
Region Dalarna	112
SPECIALISTMODELLER	119
Specialiserad psykiatri	119
Region Gotland	119
Region Gävleborg	125
Region Halland.....	130
Region Jämtland Härjedalen.....	138
Region Skåne.....	142
Region Sörmland.....	153
Region Östergötland	157
Inom somatisk öppen specialistvård	160
Region Jönköpings län	160
Region Kronoberg	165
Referenslista.....	172

Syfte och metod

Uppdrag Psykisk Hälsa (SKR) har under många år genom överenskommelse med staten erbjudit stöd till regioner och kommuner för att främja framväxten och vidareutvecklingen av en första linjen för barns och ungas psykiska hälsa. Syftet med den här skriften är att ge en bild av det aktuella läget över landet, vad som uppnåtts och vilka utmaningar som återstår. En förhoppning är att de samlade erfarenheterna i den här rapporten kan ge fortsatt inspiration till förbättringsarbete i regioner och kommuner och eventuellt utgöra ett underlag för fortsatt regional och nationell dialog kring gemensamma frågor angående första linjen.

Underlag till skriften har inhämtats via ett semistrukturerat frågeformulär som besvarats av Uppdrag Psykisk Hälsas¹ kontaktpersoner för första linjen eller av annan utsedd regionföreträdare våren 2022. Frågeformuläret innehöll frågor om första linjens organisation, tillgänglighet och dimensionering, kompetens och utbud, samverkan, resultat samt utmaningar och lärdomar. Samtliga regioner har inkommit med beskrivningar av sin första linje enligt formuläret med mer eller mindre detaljerade svar utifrån verksamhetens status. Den samlade bilden kompletteras i mindre utsträckning av aktuella studier, utredningar och rapporter av relevans för området.

Delar av skriftens innehåll presenterades under en digital första linje-konferens om barns och ungas psykiska hälsa den 8 april 2022².

Bakgrund

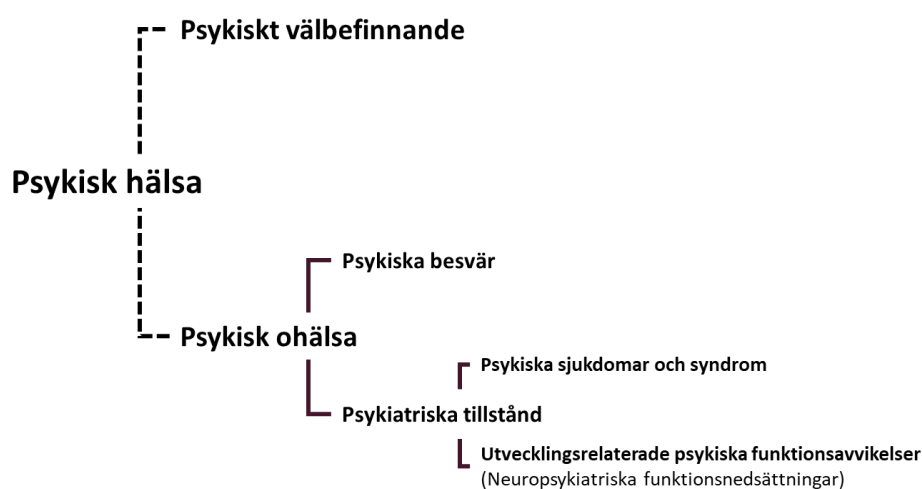
Förekomst av psykiska besvär och lindrig till medelsvår psykisk ohälsa

Forte sammanställde 2021 kunskapen om hur förekomsten av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd ser ut och har

¹ SKR och regeringen har i många år slutit årsvisa överenskommelse om utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. SKR samordnar arbetet genom projektet Uppdrag Psykisk Hälsa, se <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/omoss/> (hämtad 2022-05-18).

² <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kalender/forstalinjekonferens-2022-barns-och-ungas-psykiska-halsa/> (hämtad 2022-05-18).

förändrats över tid för åldersgruppen 0–30 år.³ Sammanställningen utgick från Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens och Sveriges Kommuner och Regioners terminologi för psykisk hälsa som inkluderar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa, varav det senare inkluderar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.⁴ Fortes sammanställning baseras på flera undersökningar och datakällor vilka presenteras utförligt i Fortes rapport. I det följande sammanfattas enbart de huvudsakliga fynden.



Figur 1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra.⁵

Psykiskt välbefinnande

Den övervägande majoriteten av barn och unga vuxna uppger gott psykiskt välbefinnande. Valda källor indikerar att mellan 81-95 procent av barn och unga har ett gott välbefinnande och att inga förändringar skett över tid. Det finns tecken på att äldre barn har sämre välbefinnande i Sverige än i andra länder.

Psykiska besvär

Psykiska besvär bland barn, ungdomar och unga vuxna tycks ha ökat de senaste 20–30 åren, med en tydligare ökning under 1990-talet och framför allt de senaste tio åren. Bland äldre barn (11-15 år) uppger 3 till 4 procent av pojkar

³ Christina Dalman et al, 2021

⁴ Socialstyrelsen et al., 2020

⁵ Ibid.

och 9 till 13 procent av flickor nervositet eller nedstämdhet ungefär varje dag. Andelen barn med nedstämdhet eller sömnbesvär i Sverige är bland de högsta i Europa. Uppemot 25 procent anger mindre frekventa besvär. Tre större mätningar med frågeinstrumentet SDQ indikerade att mellan 3,5–7,5 procent av flickor i högstadiet hade mer tydliga psykiska besvär. Bland pojkar var motsvarande andelar 2,5–6,5 procent.

Unga vuxna (16-29 år) uppger psykiska besvär i högre grad än barn och ungdomar; mellan 14–18 procent av unga kvinnor och 9–10 procent av unga män. Besvären verkar ha ökat 3–4 gånger hos unga vuxna sedan millennieskiftet, något mer bland unga män jämfört med unga kvinnor. Sverige har en högre andel unga vuxna med olika depressiva symtom än övriga europeiska länder.

Psykiatriska tillstånd

Väl utförda studier om verklig förekomst i befolkningen saknas för de senaste 15 åren för samtliga vanligt förekommande psykiatriska tillstånd bland barn och unga i Sverige. En källa som kan användas för att beskriva antalet personer som diagnostiserats i vården för olika tillstånd är Nationella patientregistret (NPR). En stor begränsning är att enbart läkarbesök i specialiserad öppenvård registreras, trots att en betydande del av vården utförs av andra personalkategorier inom den specialiserade öppenvården respektive i primärvård.

Enligt tillgänglig data är ångest, depression och adhd de vanligaste psykiatriska tillstånden hos barn och unga (0–18 år) och förekommer hos mellan 5–8 procent vardera. Autismspektrumtillstånd, AST, förekommer hos 1–1,5 procent. Utifrån uppgifterna kan man förvänta sig att minst cirka tio procent av barn och unga vid en given tidpunkt har ett psykiatriskt tillstånd, vilket stämmer överens med en global uppskattning att förekomsten av psykiatriska tillstånd bland världens 6–18-åringar ligger på 13,4 procent.

Bland 15–24-åringar har antalet självmord i genomsnitt ökat med cirka en procent per år under de senaste 20 åren. Självmord är vanligare bland män än kvinnor.

Bland unga vuxna är ångest följt av depression vanligast förekommande, men allt fler får även diagnosen ADHD i vuxen ålder. I Fortes rapport anges andelen unga vuxna med ett psykiatriskt tillstånd under ett års tid ligga på cirka 15–20

procent. Förekomsten av de flesta psykiatriska tillstånd bedöms ha varit oförändrat i Sverige under de senaste tio åren.

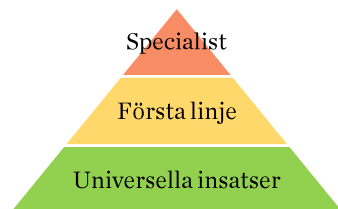
Vårdbehov

En jämförelse mellan skattad förekomst av psykiatriska tillstånd hos barn och unga enligt Global Burden of Disease (GBD) och diagnosticering i vården i Region Stockholm år 2011 visar att färre personer än förväntat hade fått vård, vilket indikerar att det fanns dolda vårdbehov, exempelvis för ADHD, depression, ångest och AST. Därefter har diagnosticeringen i vården stigit, framför allt för AST och ADHD i förhållande till GBD-skattningarna, men ligger fortfarande under GBD-studiens skattningar för depression och ångest bland barn och ungdomar. Detta tyder på att det fortfarande verkar finnas dolda vårdbehov vad gäller dessa tillstånd.

Skillnaden mellan GBD-studiens högre skattningar och den lägre förekomsten av diagnosticerade tillstånd i vården skulle kunna förklaras av att stigma för psykisk ohälsa hindrat människor från att söka vård för tio år sedan men att dessa hinder stegvis minskat. För ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd har andelen vårdade ökat avsevärt under senare år och antingen föreligger överdiagnostik eller också ser vi en utveckling med ökad förekomst som ännu inte syns i GBD-studiens skattningar.⁶

Framväxt av en första linje för barns och ungas psykiska hälsa

Med första linjen avses en vårdnivå mellan universella insatser för alla barn och specialiserade insatser för en liten grupp barn som på grund av en sjukdoms art, allvarlighetsgrad eller komplexitet inte kan behandlas effektivt på första linjen.



Figur 2. Pyramid indelad i tre lodräta block där översta nivån illustrerar specialistnivån, basen illustrerar universella insatser och den mellersta nivån illustrerar första linjen.

⁶ Christina Dalman et al, 2021

Återkommande frågor om ansvarsfördelning

Redan 1998 lyfte Barnpsykiatrikommittén⁷ att det fanns behov av att förtydliga ansvarsgränsen mellan elevvården och barn- och ungdomspsykiatri, och att skolan borde ta ett större ansvar för elevernas psykiska hälsa.

Ansvarsfördelningen berördes även i två utredningar som behandlade psykisk hälsa och ohälsa år 2006.⁸

Införande av vårdgaranti och dialog under ”Barntåget”

När den nationella vårdgarantin infördes 2005 omfattades även specialiserade insatser vid psykisk ohälsa till barn och ungdomar. Våren 2008 besökte SKR (dåvarande SKL) ett 19 län och regioner för dialog om en förstärkt vårdgaranti för barn och ungdomars psykiska hälsa (”Barntåget”). I de olika länen samlades företrädare för skola, skolhälsovård/elevhälsa, socialtjänst, barn- och mödrahälsovård, primärvård, barnpsykiatri, habilitering och barnmedicin samlats. Barntågets projektgrupp konstaterade att insatserna vid psykisk ohälsa hos barn och unga var mindre välutvecklade och varierade i tillgång och innehåll. På många platser var uppföljningssystemen inte tillräckligt utvecklade. Otydlighet rådde kring vilka verksamheter som ansvarade för insatserna mellan den generella och specialiserade nivån. Projektgruppen menade att otydligheten kunde resultera i att förebyggande och tidiga insatser prioriterades bort när behovet av insatser vid allvarigare och akuta tillstånd var stort. I förlängningen skulle en motsvarande resursfördelning medföra högre ekonomiska och mänskliga kostnader. En enkät till barn- och ungdomspsykiatri visade att denna verksamhet i genomsnitt träffar fem procent av barnbefolkningen varje år med stora variationer mellan landstingen. Enligt verksamhetscheferna kunde upp emot en tredjedel av besöken anses som besök som inte hade behövt specialistinsats utan skulle ha kunnat klaras på en ”första linje” om det hade funnits en sådan. Behovet av en första linjen föreföll störst för åldersgruppen 6-13 år för vilka uppdragen ofta var oklara och utbudet av insatser begränsat.

Att ha en tillgänglig, kunskapsbaserad och väl utvecklad så kallad första linjens barn- och ungdomspsykiatri ansågs av många vara en förutsättning för att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri skulle kunna erbjuda korta väntetider för barn och ungdomar med svårare och mer komplicerade behov.

⁷ Barnpsykiatrikommittén, 1998

⁸ Utredningen om ungdomars psykiska hälsa, 2006; Nationell psykiatrisamordning, 2006

Förstärkt vårdgaranti till BUP

I februari 2009 enades regeringen (Socialdepartementet) och SKL om en förstärkt vårdgaranti för att öka tillgängligheten till BUP. Enligt den förstärka vårdgarantin skulle barn och unga som mår psykiskt dåligt kunna få kontakt med primärvård samma dag (dag 0), vid behov få en kvalificerad bedömning inom sju dagar (numera tre dagar, se följande stycke), få besöka specialist inom en månad och påbörja fördjupad utredning och/eller specialistbehandling inom en månad från beslut.

Förstärkt vårdgaranti i primärvården

En lagändring 2019 om förstärkning av vårdgarantin innebär att man ska få kontakt med primärvården första dagen och en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar. Flera regioner har och är på väg att bygga upp ett gemensamt kontaktcenter för första linjen och BUP (så kallat En väg in) som också har funktionen att göra den medicinska bedömningen genom ett strukturerat telefonsamtal (vanligen med stöd av instrumentet BCFPI).⁹

Utmaningar med styrning och mätning med och av vårdgaranti

Under många år har statsbidrag utgått till regionerna med anledning av vårdgarantin. Regionerna har varit positiva till statsbidragen som stimulans för att förbättra tillgängligheten men uttryckt återkommande kritik mot den prestationsbaserade ersättningen eftersom den medför en risk att prioriteringar inte görs efter behov utan för att klara vårdgarantin. Att mäta väntetider på ett rättvisande och jämförbart sätt har över åren också varit en återkommande utmaning¹⁰.

Projekt för att ta fram modeller för första linjen 2009-2011

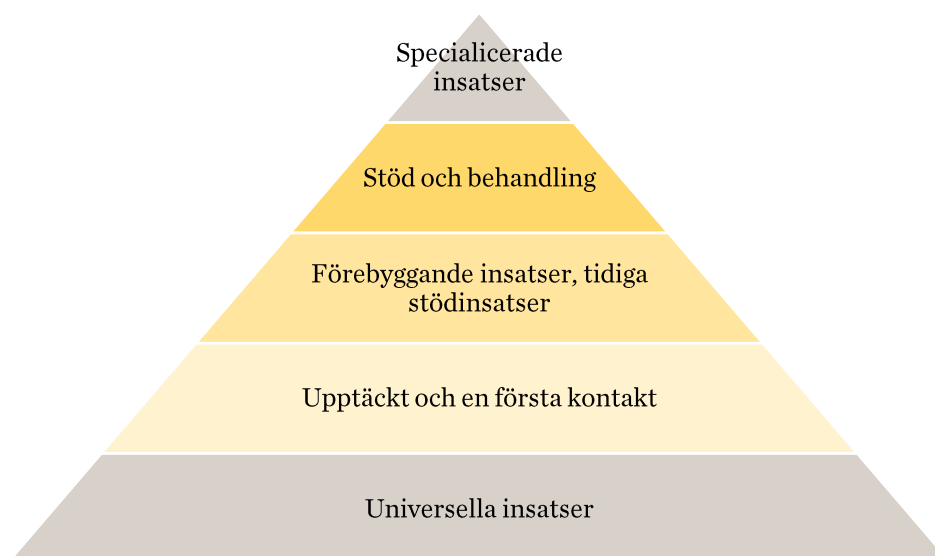
I februari 2009 slöt regeringen (Socialdepartementet) och SKR (då SKL) en överenskommelse om förändringsarbete inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga". Projektets huvuduppdrag var att ta fram olika modeller för en första linjens vård för barn

⁹ Om en medicinsk bedömning sker genom att patienten eller föräldrarna enbart fyllt i ett formulär utan kompletterande personlig samtal bör det inte rapporteras som en medicinsk bedömning i SKR:s väntetidsdatabas. Orsaken till ställningstagandet är att det behövs mer kunskap om det räcker med att fylla i ett formulär för att kunna göra en medicinsk bedömning. SKR, 2019.

¹⁰ Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, 2022. ss. 414

och unga med, eller med risk för, psykisk ohälsa. Med ”första linjen” avsågs den funktion eller verksamhet som först möter ett barn eller ungdom med tecken på psykisk ohälsa och som gör en första bedömning och ger insatser som inte behöver specialistnivåns resurser. Insatser på första linjens nivå skulle vara lättillgängliga för att kunna verka tidigt och förebyggande. Första linjeuppdraget kunde exempelvis ingå i primärvårdens, elevhälsans, barnhälsovårdens, socialtjänstens, familjecentralers, ungdomsmottagningars, barn- och ungdomshabiliteringens och/eller barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet och definierades i relation till de insatser som ges till alla barn respektive specialistinsatser motiverade av ett visst sjukdomstillstånd, allvarlighetsgrad eller komplexitet.

Under Modellområdesprojektet och påföljande utvecklingsarbeten definierades att första linjen har flera funktioner, vilka kan delas på flera aktörer. I nedersta steget ingår att upptäcka barn och unga som kan behöva stöd eller behandling samt att lotsa vidare vid behov av insatser; i mellersta steget att ge förebyggande insatser till riskgrupper samt tidiga insatser för att förhindra negativ utveckling eller fördjupad problematik; i tredje steget att ge insatser vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa och stöd vid social problematik.



Figur 3. Olika delar av första linjens funktion. Illustration av pyramid där första linjenivån indelats i tre delar, nedifrån och upp: Upptäckt och en första kontakt; Förebyggande insatser och tidiga stödinsatser; Stöd och behandling.

Olika modeller i Modellområdesprojektet

Projektets intentioner var att varje modellområde under projekttiden skulle hitta fram till ett för området lämpligt sätt att erbjuda första linjens insatser och att den modell som valdes skulle vara igång och på väg att visa resultat vid projektets slut. Processen att enas om en modell, fatta beslut om nödvändiga förändringar eller förtydligande av uppdrag, få verksamheter i praktisk drift och utveckla system för uppföljning tog dock så lång tid att endast några få områden kom i närheten av detta. Beskrivningen nedan av sex olika modeller för att erbjuda första linjens insatser baseras på de lösningar som utvecklades eller var på väg att utvecklas i de 14 modellområdena samt på andra modeller som diskuterats under projektet.

Primärvårdsmodellen

Modellen utgår från primärvårdens ansvar för att vara första linjen för alla tillstånd och alla åldrar. I praktiken utrustas vårdcentraler med kompetens och resurser för att kunna bedöma, utreda och behandla sådan misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa som inte kräver specialistinsatser. Modellen förutsätter att tillgång till psykosocial kompetens, som psykolog och socionom, finns på vårdcentralen och att personalen vid vårdcentralen har kompetens att bedöma och behandla psykiatriska tillstånd.

Del av specialistverksamheten

I denna modell är första linjen en del av landstingets specialistverksamhet. Den barnpsykiatriska verksamheten och/eller barnmedicinska verksamheten har uppdraget att tillhandahålla alla insatser vid psykisk ohälsa eller misstänkt psykisk ohälsa. I detta scenario bör sannolikt vissa delar av verksamheten eller särskilda personer inom verksamheten ha uppdraget att ge första linjens insatser och första linjen måste förtydligas gentemot specialistnivån. En utvecklad och formaliserad samverkan med primärvård, socialtjänst och elevhälsa krävs i modellen.

Vägvisare, och var och en har sitt tydliga uppdrag

Vägvisarmodellen bygger på att verksamhet som ska ge insatser till barn med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa har ett tydligt uppdrag och att det finns ett system som underlättar för barn och familjer att hitta rätt mellan

verksamheter. Till den här modellen hör också strukturerade former för att samla ett nätverk runt ett barn med behov av insatser från flera aktörer/vårdgivare. Utifrån en analys som säkerställer att alla typer av behov täcks kan tydliga överenskommelser mellan alla parter utarbetas.

Elevhälsobaserad modell

En första linjemodell där landsting och kommun tillsammans finns i elevhälsan för att bedömning, utredning och behandling av sådan psykisk ohälsa som inte behöver åtgärdas med specialistinsatser, utöver elevhälsans främjande och förebyggande uppdrag. Det skulle innebära att första linjens-insatser finns mycket nära det hälsofrämjande arbetet och med tydlig koppling till barns vardag.

Integrerad verksamhet för heltäckande första linjeansvar

Integrerade verksamheter med ett uppdrag att erbjuda såväl sociala som medicinska insatser utifrån olika kompetenser från såväl hälso- och sjukvård, socialtjänst som elevhälsa. Team utgörs av personal från hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa som är anställda hos sina respektive huvudmän eller hos en av huvudmännen som tagit på sig ansvaret för all personal. Familjecentraler, ungdomsmottagningar och vissa speciella verksamheter eller psykosociala team är exempel på integrerad verksamhet.

Helhetslösning för barn och familjer

Den här modellen har funnits med som en vision i många diskussioner om utformandet av insatser till barn och unga. Modellen utgörs av en sammanhållen barn-, ungdoms- och familjehälsa där första linje, specialistverksamhet och generella insatser samlas i samma hus. Även elevhälsan ingår i den tänkta organisationen även om elevhälsans insatser utförs ute på skolorna.

Samverkan

Flera utredningar har visat på brister i samverkan och i samordningen av barns och ungas vårdinsatser.¹¹

¹¹ Utredningen om utsatta barn i skolan, 2010; Kommissionen för jämlik hälsa, 2017; 2015 års skolkommision, 2017; Jämlikhetskommissionen, 2020; Inspektionen för vård och omsorg, 2020; Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, 2021.

Tyrstrup menar att en bakomliggande orsak är den logik för storskalighet, modellbyggen och avgränsade uppdrag som fick genomslag i och med industrialiseringen, och som svårligen låter sig förenas med det hantverk som utmärker välfärdstjänster som syftar till att förändra människors situation och beteenden. Det industriella förhållningssättet manifesteras även i ett ledarskap präglad av schematiska produktionsplaner, uppdelat ansvar och befogenheter istället för ett historiskt direkt och personligt ledarskap. Det industriella sättet ger en effektivitet om man på förhand vet exakt vad som ska göras, men inte när man behöver kunna koppla på olika kompetenser vartefter, anpassa och skraddarsy lösningar i stunden. De strikta modellerna och gränsdragningen har fått till baksida att personer vars behov inte passar in faller utanför och inte kan få den hjälp de behöver. Effekten förstärks av att det är självklart att prioritera det som verksamheten och medarbetaren är ytterst ansvarig för, och då hinns inte alltid det andra som skulle vara bra att göra. Att efterfråga skärpta gränser och tydligare ansvarsfördelning förstärker därmed problemet.¹²

Samtidigt med införandet av privata utförare och valfrihet inom hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst avvecklades det geografiska så kallade områdesansvaret inom primärvården och med det primärvårdens tydliga förebyggande uppdrag för invånarna i det geografiska området, till exempel kommunen eller kommundelen. Parallellt har antalet aktörer och med det möjliga samverkansparter ökat, särskilt i storstadsområdena. Utvecklingen kan försvåra samverkan om det inte finns tillräckligt system för att bygga upp och förvalta samverkan.

Utmaningarna återspeglas bland annat i de svårigheter som uppmärksammats i Socialstyrelsens utvecklingsprojekt Tidiga och samordnade insatser (TSI)¹³:

- Det är svårt att prioritera det förebyggande arbetet när verksamheterna samtidigt ska spara resurser.
- Det är svårt att arbeta med både det akuta arbetet och det förebyggande arbetet.
- Rättslig reglering kring behandling av personuppgifter försvårar verksamhetsöverskridande uppföljning.

¹² Kunskapsguiden, 2019

¹³ Kunskapsguiden, 2020

- Hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet är oklar.

Omställningen till ”Nära vård”¹⁴ syftar att arbeta mer hälsofrämjande, förebyggande, personcentrerat och i samverkan mellan kommun och region.

Utgå ifrån gemensamma målbilder för invånaren

En möjlig väg framåt är att det större systemet utgår ifrån det som ska levereras till invånarna. För att det ska bli lättare att ta på sig ansvar för att koordinera en uppgift föreslår Tyrstrup att ledarskapet i större utsträckning ska ge medarbetarna mandat att uppnå gemensamma målsättningar.

I praktiken kan det innebära att man inom och mellan verksamheter ska skapa förutsättningar för:

- personkännedom och relationer mellan medarbetare respektive chefer
- mötesplatser
- systemkunskap (kunskap om hur och med vad andra arbetar)
- utrymme för det oförutsedda

Slutsatserna är förenliga med den preliminära analys som gjorts av utvecklingsarbetet Tidiga och samordnade insatser (TSI, Skolverket och Socialstyrelsen)¹⁵ i vilka bland annat följande framgångsfaktorer lyfts:

- Enas om problembilden och vad som behöver göras.
- Skapa tvärsaktoriella konsultationsteam för gemensam bedömning/planering av vilket stöd barn och föräldrar behöver.
- Ha tydliga strukturer och mötesrutiner för arbetet, betydelsen av en samordnare framhålls.
- Följ upp och ta reda på vad resultatet av insatserna blir för barn, unga och föräldrar.

Inom ramen för kunskapsstyrningen pågår sedan 2017 nationellt arbete för att ta fram nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Dessa ska öka likvärdigheten och kvalitén vården över landet och kan även bidra till att tydliggöra samverkan mellan vårdnivåer och angränsande verksamheter. Program som tagits fram kan, såsom Nationellt vård- och insatsprogram för

¹⁴ SKR. *Nära vård*. (hämtad 220808 kl 10:04)

¹⁵ Skolverket, 2022

adhd¹⁶, tillämpa modeller för så kallad stegvis vård (eng. Stepped Care), det vill säga anpassning av insatsers intensitet efter patientens behov så att rätt sak görs i rätt läge och på rätt vårdnivå. I programmet för adhd innebär det att utredning inte ska göras i större omfattning än vad som krävs för att ge rätt stöd, att innehåll och omfattning styrs av behov, att insatser bör ges även före diagnos och att rätt stöd säkras genom systematisk uppföljning.¹⁷

I omställningen mot mer nära vård har eller håller regionerna och kommunerna i tillhörande län på att i samverkan ta fram gemensamma politiskt beslutade målbilder för nära vård, där invånaren som utgångspunkt är central liksom det hälsofrämjande och förebyggande förhållningssättet och fokus på relationer framför organisationer. I dagsläget har 15 län beslutat om gemensam målbild.¹⁸

¹⁶ Nationella vård- och insatsprogram, 2022

¹⁷ Nationellt system för kunskapsstyrning, 2021

¹⁸ SKR. *Målbild - kompassen för omställningen till Nära vård* (hämtad 220608 kl 10.22)

Övergripande lägesbild

Idag råder konsensus om att det behövs en första linje för barns och ungas psykiska hälsa som kan ge förebyggande och tidiga insatser utifrån en helhetssyn på barnets eller ungdomens situation. I stort sett alla regioner har eller är på väg att utveckla en första linje, varav en del också har hunnit omorganisera verksamheten.

Första linjen ska vara utformad på ett sätt som svarar på målgruppens behov på bästa och mest effektiva sätt utifrån tillgängliga resurser. Medlen för att svara mot målgruppens behov genom vård och stöd fokuseras vanligen till dessa tre komponenter:

- Hög tillgänglighet
- Effektiv behandling/effektivt stöd
- God och effektiv samverkan

Organisation

Hur första linjen ska organiseras är inte reglerat i lag och det saknas nationella riktlinjer eller andra nationella vägledningsdokument för verksamheten. I utvecklingsarbetet Modellområdesprojektet¹⁹ var en grundprincip att första linjen borde organiseras på ett sätt som tar hänsyn till och tillvaratar förutsättningarna i länet. Därför, eller oberoende därav, har framväxten av första linjen sett olika ut i olika delar av landet. Utredningarna Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) samt En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) har båda föreslagit att primärvårdens ansvar för att ge vård både vid fysisk och psykisk ohälsa ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen, varav den senare även bedömde att pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Tillgänglighetsdelegationens slutbetänkande (SOU 2022:22) som i skrivande stund är på remiss innefattar också bedömningar om strategier för och omhändertagande av barn och ungas psykiska hälsa.

¹⁹ SKR, 2012

Organisation inom primärvård eller specialist

Vid tidpunkten för regionernas redogörelser för denna rapport är första linjen i tolv regioner organisatoriskt förlagd inom primärvården och i nio regioner på specialistnivå.

I regioner som organiserat sin första linje inom primärvården finns tre huvudsakliga variationer:

- Separata första linjemottagningar, ibland lokaliserade på vårdcentraler (sju regioner)
- Första linjen är ett uttryckligt vårdcentralsuppdrag, ibland med kompletterande tilläggsuppdrag för vissa vårdcentraler (fyra regioner)
- Första linjen är integrerad med kommunal verksamhet och har ett delat huvudmannaskap (en region)

I några regioner finns två primärvårdsmodeller representerade samtidigt då vissa men inte alla första linjemottagningar har ett delat huvudmannaskap med kommunen/kommunerna.

I regioner som organiserat sin första linje inom specialistnivå finns två huvudsakliga variationer:

- Första linjen är organiserad inom specialistpsykiatri, ibland med egna mottagningar (sju regioner)
- Första linjen är organiserad inom somatisk öppen specialistvård (två regioner)

I följande tabell är regionerna kategoriserade efter första linjens majoritetsorganisation eller trend.

Tabell 1. Regioner indelade efter första linjens organisation. Asterisk (*) anger erfarenhet av delat huvudmannaskap som har eller tenderar övergång till enbart regionhuvudman.

Organisatorisk tillhörighet	Utformning	Region
Primärvård (12 regioner)	Egna mottagningar/lokaler på vissa vårdcentraler (7 st)	Blekinge Kalmar Värmland* Västernorrland Västmanland Uppsala Örebro
	Grunduppdrag vårdcentral, med/utan tilläggsuppdrag (4 st)	Norrbottn Stockholm Västerbotten Västra Götaland
	Delat huvudmannaskap (1 st)	Dalarna
Specialist (9 regioner)	Specialistpsykiatri, ibland med egna mottagningar (7 st)	Gotland* Gävleborg Halland Jämtland-Härjedalen Skåne Sörmland Östergötland
	Inom somatisk öppen specialistvård (2 st)	Jönköping* Kronoberg

Regionala kontaktcenter

I tillägg till den behandlande första linjeverksamheten har majoriteten av regionerna byggt upp eller är på väg att bygga upp regionala kontaktcenter gemensamma för första linjen och BUP (ibland kallade ”En väg in”). Kontaktcentren har vanligen en bedömnings-, triagerings-, tidboknings- och rådgivningsfunktion och syftar till att öka tillgängligheten till vård och stöd.

Tabell 2. Regioner med kontaktcenter som triagerar mellan första linjen och BUP

Etablerade (7 st)	Påbörjat utveckling (5 st)
Gävleborg	Blekinge
Halland	Västra Götaland
Skåne	Uppsala
Sörmland	Örebro
Jönköping	Östergötland
Kronoberg	
Västerbotten	

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet rymmer flera aspekter, såsom väntetider (i flera led), öppettider, geografisk avstånd, direkta och indirekta kostnader för att ta del av vård- och stöd (till exempel kostnad för att ta ledigt från jobbet för vårdbesök), förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och hälsolitteracitet, det vill säga individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa.²⁰ Fokus för mätning av tillgänglighet ligger ofta på väntetider.

Covid-19-pandemin har accelererat den digitala tillgängligheten till vård och stöd, bland annat för att ta kontakt, egenvård, förberedelse inför besök och internetförmedlad behandling. Utformningen behöver ofta anpassas till målgruppen barn och unga.

Väntetider

En vårdgaranti med tidsangivelser för första kontakt (samma dag) och medicinsk bedömning (inom 3 dagar) för primärvårdsnivån är reglerad i lag sedan 2019. För BUP finns det sedan 2011 en överenskommen målsättning mellan staten och SKR om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Både första linjen och BUP har svårt att leva upp till respektive vårdgaranti. Det är även utmaning att mäta väntetiderna på ett rättvisande sätt.²¹

²⁰ Socialstyrelsen, 2018

²¹ Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, 2022. ss. 414

I den här rapporten uppger regionerna att väntetider till och i första linjen uppstår till följd av är begränsad bemanning (rekryteringssvårigheter och/eller mindre mottagningar/vårdcentraler med litet patientunderlag) och köer till BUP, vilket ibland får till effekt att barn och unga med svårare problematik omhändertaras eller blir kvar i första linjen där de direkt eller indirekt prioriteras framför barn och unga med lindrigare svårigheter. Otydligheter i uppdrag och svårigheter att hitta former för effektiv samverkan med skola och socialtjänst är bidragande utmaningar.

Regioner som har infört kontaktcenter av typen ”En väg in” till första linjen och BUP uppger att det har medfört minskade väntetider till första kontakt och första bedömning på primärvårdsnivå.²²

Geografisk tillgänglighet och tillgänglighet på distans

Frånsett regioner som valt en vårdcentralmodell har regionerna mellan två och sex mottagningar per region, ofta en mottagning per länsdel. Gotland har en (1) mottagning. Vårdnadshavare i eller nära en större stad uppges enligt några regioner vara mer benägna att söka vård än vårdnadshavare i landsbygdskommuner, och en möjlig förklaring är en närmare geografisk tillgänglighet i städerna.

Trenden i samtliga regioner är en utveckling mot ökad distansverksamhet via telefon och internet.

Förtroendefull relation

Kontinuitet i vården värderas enligt mätningar högt av både patienter och personal och har enligt studier positiva effekter på bland annat sjukvårdskonsumtion, behandling och nöjdhet.²³ Ett sätt att bibehålla kontinuitet är att kunna ha pågående vårdkontakter på flera vårdnivåer samtidigt eller genom konsultation mellan vårdnivåer. I vissa regioner är det till exempel möjligt för barn och unga med adhd att ha en pågående kontakt hos BUP för utredning och läkemedelkontakt och i första linjen för samtalsstöd (till exempel för oro eller nedstämdhet).

²² Enligt de nationella väntetidsmätningarna klassificeras strukturerad bedömning via kontaktcenter med stöd av evidensbaserad metod som en första medicinsk bedömning på primärvårdsnivå. SKR, 2019.

²³ Primärvårdskvalitet, 2022.

Flera regioner noterar att barn och unga från lägre socioekonomiska grupper är underrepresenterade i första linjen.²⁴ Otillräcklig information och lägre hälsolitteracitet samt lägre tillit till och förtroende för samhällets institutioner är möjliga delförklaringar. Flera första linjeföreträdare menar att en möjlig strategi är ett närmare samarbete med kommunernas främjande och förebyggande verksamheter nära invånarna.

Andel av målgruppen som sökt första linjen

Ett övergripande mått för om första linjen är lättillgänglig för målgruppen är hur stor andel som kommit i kontakt under ett år i förhållande till uppskattat behov (till exempel från studier av förekomst av lindriga till måttliga symtom på psykisk ohälsa i befolkningen, se avsnittet Bakgrund).

Regionernas svar på frågan om andel i populationen som sökt första linjen varierar mellan två och sju procent. Omkring hälften av regionerna kan inte svara på frågan om hur stor andel av barnbefolkningen som sökt respektive fått en stöd- eller behandlingsinsats i första linjen på grund av att verksamheten är nystartad eller att data är svår- eller otillgänglig.

Regioner som svarar att mellan två och fyra procent sökt första linjen tenderar att anse att det understiger det uppskattade behovet. Regioner som når över fyra procent verkar mer nöjda med hur de möter behoven. En region som kommit i kontakt med strax över fem procent av populationen hänvisar till en uppskattning om att tio procent av målgruppen lider av depression och ångest, men att de eventuellt får stöd av ungdomsmottagningen och elevhälsan.

Kompetens och stöd- och behandlingsinnehåll

Effektiv behandling och effektivt stöd ska på kortast möjliga tid leda till minskade symptom, ökad funktion i vardagen och ökat välbefinnande. Därigenom ökar också barnets eller ungdomens förutsättningar för att lyckas på olika områden (i familjen, skolan, och kamratrelationer) och längre fram i livet (jämfört med att både hamna efter i sin utveckling och få destruktiva erfarenheter).

²⁴ Dahlman et al., 2021.

Bemanning

Samtliga regioner anser att första linjen ska ha kompetens för att ge samtalsbehandling och att en steg 1-utbildning i KBT är ett grundkrav för medarbetare som ger stöd och behandling.

Kuratorer eller jämförbar yrkesgrupp (vanligen med psykoterapiutbildning steg 1) finns i de flesta första linjeverksamheter. De flesta mottagningar har även psykolog. I en region (Blekinge) har man medvetet valt bort psykolog och läkare i första linjen eftersom man menar att verksamheten riskerar att få för svåra problemställningar som skulle kunna tränga undan uppdraget att ge förebyggande och tidiga insatser.

Tillgången till medicinsk kompetens är inte helt utredd. I 11 regioner finns sjuksköterskor i verksamheten och i regioner med specialistmodell gäller det samtliga utom en verksamhet. Om och i vilken omfattning sjuksköterskorna praktiserar sin medicinska kompetens varierar med första linjens uppdrag (ibland begränsat till samtalsbehandling). I 9 regioner har första linjen tillgång till läkare, vanligen på konsultbasis.

I några verksamheter ingår arbetsterapeut eller specialpedagog. Två regioner har tillgång till fysioterapeut.

I regioner som har kontaktcenter av typen En väg in bemannas dessa vanligen av psykiatrisjuksköterskor. Andra förekommande yrkeskategorier är psykolog, kurator eller motsvarande, samt läkare.

Flera regioner uppger att det är svårt att rekrytera personal, framförallt till psykologtjänster utanför städerna.

Tabell 3. Bemanning av första linjemottagningar. Grönt indikerar tillgång till profession i verksamheten, gult begränsad eller indirekt tillgång. Grått indikerar ofullständigt svar. För ytterligare beskrivning se regionernas respektive beskrivning (ss. 32).

Organisationstyp	Region	Kurator/steg 1	Psykolog	Sjuk-sköterska	Läkare	Arbets-terapeut	Special-pedagog	Fysio-terapeut
Primärvård/ egna mottagningar	Blekinge	Ja		Ja				
	Kalmar	Ja	Ja	Ja			Lärare	
	Värmland	Ja	Ja	Ja	Konsult		Ja	
	Västernorrland	Ja	Ja		Diskuteras	Ja		
	Västmanland	Ja	Ja		På patientens vårdcentral			
	Uppsala		Ja	Via vårdcentral	Via vårdcentral			
	Örebro ²⁵	Ja	Ja	tillgång	tillgång			tillgång
Primärvård/ vårdcentral	Norrbottnen							
	Stockholm	Ja	Ja		Ja			
	VGR	Ja	Ja					
	Västerbotten	Psykiater utbildning (steg 1)						
Primärvård/ delad huvudman	Dalarna (SBU) ²⁶	Ja	Ja					
Specialist/ Psykiatri	Gotland	Ja	Ja	Ja		Ja		
	Gävleborg	Ja	Ja	Ja				
	Halland	Ja	Ja	Ja				
	Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja				
	Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja			
	Sörmland	Ja	Ja		Via BUP	Via BUP		
	Östergötland	Ja	Ja	Ja				Ja
Specialist/ somatik	Jönköping	Ja	Ja	Ja	Konsult	Ja	Ja	
	Kronoberg	Ja	Ja	Ja		Ja		

Stöd- och behandlingsinnehåll

Samtliga första linjeverksamheter erbjuder samtalsstöd (vanligen KBT-inriktat) till individ och familj, och i varierande omfattning gruppbehandling. Samtliga regioner erbjuder digitala kontakter och i olika utsträckning internetförmiddad behandling. I regioner med gemensamma kontaktcenter av typen ”En väg in” ger dessa vanligen enklare rådgivning.

²⁵ Tillgång till beroendekompetens i samarbete med Maria ungdom.

²⁶ Pågående utvecklingsarbete med modell för Ungdomshälsa finns inte representerat i tabellen.

Första linjeföreträdare menar att det kan vara en utmaning att arbeta med korta, effektiva insatser eftersom erfarenhet och evidens för korta insatser är knapphändig. Utmaningen kan vara större för medarbetare som tidigare arbetat på specialistnivå och har vana av längre kontakter.

Processen vid behov av somatisk bedömning eller samtidig behandling förefaller skiftande, delvis eftersom medicinsk kompetens på en del första linjer finns inom den egna verksamheten emedan ansvaret i andra regioner ligger på vårdcentral.

Uppföljning och utvärdering

Ingen region utvärderar behandlingsresultat för första linjen på aggregerad nivå men flera regioner uppger att uppföljning görs med den enskilde. Ingen region kan presentera någon sammanställd data för hur målgruppens skolsituation fungerar vid avslutad kontakt.

Många regioner uppger att man utvärderar nöjdhet och att man får mycket goda omdömen av vårdnadshavare och unga. I regioner med gemensamma kontaktcenter som använder instrumentet BCFPI i samband med första bedömning finns stor potential för verksamhetsuppföljning och på sikt även nationella jämförelser.

Angivna förklaringar till att behandlingsresultat inte sammanställs är bland annat att primärvården saknar automatiserade verktyg och tradition att följa upp aggregerade resultat, att det saknas kvalitetsregister för målgruppen (befintligt är SibeR, Ångesthjälpen ung), att uppföljning är administrativt krävande, att man omorganiserat IT-strukturen samt okunskap om ändamålsenliga mått för uppföljning och utvärdering på aggregerad nivå.

Samordning och samarbete

Insatser bör erbjudas utifrån en helhetssyn med hänsyn till både styrkor och svagheter hos barnet eller ungdomen och livssituationen (familj, kompisar, lärande, fritid, kroppsliga tillstånd m.m.). Det medför att första linjen behöver ta reda på hur det fungerar för barnet eller ungdomen på olika arenor och ibland samordna insatser med det som görs för barnet eller ungdomen så att det som görs förstärker varannat och bildar just en helhet. Verksamheter som angränsar första linjens uppdrag finns inom sjukvården och kommunerna. Vanliga samverkansparter är BUP, ungdomsmottagning, socialtjänst och elevhälsa.

Utsedda kontaktpersoner eller ”vårdgrannnettelefon” för att underlätta informationsutbyte och konsultation finns i flera län.

Regionernas beskrivningar indikerar att samverkan fortsatt är en stor utmaning, vilket till exempel manifesteras i en upplevelse av att bland annat ensamkommande och barn/unga med neuropsykiatrisk diagnos med tilläggsymtom såsom ångest bOLLAS runt inom vården, dubbelarbete och parallella insatser utan gemensam vård-/planering. En undersökning i Region Stockholm indikerade att färre än hälften av medarbetare i första linjen deltar vid utformande av samordnade individuella planer²⁷.

Flera menar att en bättre kontaktyta gentemot det främjande och förebyggande uppdragen skulle kunna öka tillgängligheten för grupper som idag är underrepresenterade i första linjen, till exempel barn och unga i socioekonomiskt utsatta förhållanden.

Orsakerna till bristerna i samverkan kan enligt regionernas beskrivningar delvis sökas i otillräcklig förankring av gemensamma mål i berörda nämnder, otydliga uppdragsbeskrivningar eller glapp mellan verksamheters olika uppdrag och att det saknas resurser och tid för samverkan.

Integrerade verksamheter

I tidigare skeden av första linjens etablering prövade flera län integrerade mottagningar mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Nuvarande trend går mot renodlade regionala verksamheter med motiveringen att enhetliga dokumentationskrav ökar patientsäkerheten och att det är bättre med likvärdiga anställningsförhållanden. Verksamhetsföreträdare med erfarenhet av integrerade verksamheter menar dock att det varit en fördel för målgruppen att kunna söka och få hjälp utan att behöva definiera sina problem som antingen psykologiska eller sociala.

Samverkan med kommunala verksamheter

För god samverkan behövs kännedom om varandras uppdrag. Arbete för att tydliggöra förhållandet mellan första linje och kommunala verksamheter pågår i

²⁷ Dalman et al., 2018

flera regioner. Flera regioner söker utveckla formerna för konsultativt stöd mellan verksamheter.

Förutsättningarna för första linjens samarbete med kommunerna uppges variera till följd av skillnader i kommunernas personaltillgång, ekonomi och organisation. Samverkan kommuner emellan sker i regel inte. Övergripande regionalt stöd för utveckling, jämlikhet och kvalitet behövs enligt vissa företrädare för första linjen. Förhoppningar finns om att digitala kontaktvägar kan underlätta samverkan.

Exempel på en samverkansmodell som fått spridning i en hel region är HLT, Hälsa (hälso- och sjukvård), Lärande (förskola/skola/elevhälsa) och Trygghet (socialtjänst) i Västerbotten. De i dagsläget omkring 50 HLT-teamen arbetar tvärprofessionellt och träffas kontinuerligt.

Samverkan med skola och elevhälsa

God samverkan mellan första linje och skola kan främja en bättre skolsituation. Samtliga regioner uppger att skolsituationen alltid berörs i en första linjekontakt (ibland även formaliserat vid användning av en skattningsskala såsom c-gas), men ingen region har någon aggregerad sammanställning över hur barns och ungas skolsituation fungerar vid avslutad kontakt.

Första linjeföreträdare beskriver att skolorna vill ha mer stöd och kontakt men att det är svårt att räkna till. Länsövergripande eller kommunala överenskommelser om samverkan mellan första linje och skola förefaller mindre vanliga, vilket innebär att rutiner för samverkan kan variera mellan rektorsområden och skolor, till exempel gällande skolans åtagande innan man skickar en remiss för NPF-utredning.

Inget län har prövat att skapa en integrerad verksamhet med skolan som part men i flera regioner har man försökt minska glappet mellan första linjens och elevhälsans verksamhet:

- I bland annat Skåne har försök gjorts med en elevhälsobaserad modell²⁸ för första linjens insatser, vilket innebär att första linjen förlägger en del av sin verksamhet till skolans arena. Modellen

²⁸ Uppdrag Psykisk Hälsa, 2022b

har fungerat bra men anses inte möjlig att erbjuda i samtliga kommuner med dagens första linje-resurser.

- I region Dalarna har man en ambition om så kallade ungdomshälsor likt familjecentralskonceptet för de yngsta barnen.
- På en av mottagningarna i Värmland har man anställt en specialpedagog i första linjen, men beskriver att det är svårt för vederbörande att hitta sin roll gentemot skolans specialpedagogiska kompetens.
- I Västerbotten finns HLT, som är en samverkan mellan förskola/skola, hälso- och sjukvårdens förstalinje samt socialtjänst
- I Jämtland Härjedalen kan skolan kalla till SIP enligt lokalt avtal. I Östersunds kommun finns ett närvaroteam som arbetar med problematisk skolfrånvaro, där BUP har en representant i teamet. Skolorna söker dock mer stöd och kontakt är första linjen mäktar med.

Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningar anses ha lättare än andra verksamheter att nå ungdomar på ungdomars villkor. En nackdel med verksamheten är att den är heterogen inom och mellan län, relativt oreglerad och inte följs upp systematiskt.

För äldre barn och unga har ungdomsmottagningarna i de flesta regioner ett mer eller mindre uttalat första linjeuppdrag. Uppdragets omfattning, vilka kompetenser som finns i verksamheten och gränssnittet mot första linjemottagningarna ser olika ut över landet. Den generella bilden är att första linjen tar emot remisser från ungdomsmottagningar, men inte det omvända. I flera regioner förekommer avpersonifierad konsultation till ungdomsmottagningar.

Det finns ingen samsyn över landet om och hur ungdomsmottagningarna ska vara del i första linjen.

Socialtjänst

Samverkan mellan första linje och socialtjänst ser olika ut både mellan och inom länen. På vissa håll finns regionala och lokala överenskommelser av varierande omfattning och detaljeringsgrad. I Jönköping finns exempel på en integrerad första linjemottagning där kommunanställda tidigare gett råd och stöd och numera även utreder och ger biståndsbedömda socialtjänstinsatser.

Första linjen kan arbeta kunskapshöjande gentemot både profession och vårdnadshavare. På vissa håll ger socialtjänsten gemensamma gruppinsatser såsom KOMET. Andra exempel på samarbetsområden är barn och unga utsatta för våld. Några kommuner deltar tillsammans med regionen i Socialstyrelsens utvecklingsarbete Tidiga samordnade insatser (TSI), till exempel ”Backa Barnet” i Skåne med fokus på tidig upptäckt samt ”Ett barn – En plan” för en sammanhållen kedja av insatser.

Flera regioner menar att första linjen behöver bli bättre på att nå individer i särskilt utsatta område, patienter med mer social komplex problematik och personer med utländsk bakgrund. En regionföreträdare påtalar behovet av att tillsammans med socialtjänst, skola, polis, brukarorganisationer och civilsamhället samverka kring unga och kriminalitet, förslagsvis i team för att tidigt identifiera problem och motivera till hjälp och stöd. Detta finns som ett tilläggsuppdrag i Socialstyrelsens och Skolverkets TSI-uppdrag och utvecklingsarbete pågår.²⁹

Samverkan med specialistnivå

Samverkan med specialistnivå sker framförallt med BUP och i mindre utsträckning med habilitering. Samarbete sker genom konsultation, gemensamma arbetsgrupper för att ta fram vårdprogram och gemensamma utbildningar.

Patienter kan ha samtidig kontakt hos både BUP och första linjen. Exempel på målgrupper som kan föranleda sådan kontakt är ungdomar som medicinerar för ADHD och sedermera startar en samtalskontakt i första linjen.

Förhållandet mellan första linjenivå och BUP är enligt flera regioner fortsatt ett utvecklingsområde, i synnerhet övergångar mellan vårdnivåer och ansvarsfördelning. Uppdrag Psykisk Hälsas kontaktpersoner för första linjen anser att man behöver arbeta vidare med hur första linjen och specialistnivå ska omhänderta barn och unga med medelsvår problematik. I några första linjeverksamheter finns en oro för att ett övertagande av BUP:s målgrupp kan orsaka en undanträngningseffekt av barn med lindrigare problematik eftersom sjukvården enligt lag ska prioritera utifrån störst behov.

²⁹ Kunskapsguiden. *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)* (hämtad 220608 kl 11:28)

Arbetsformer för att underlätta sortering – till exempel kontaktcenter

Fler är hälften av regionerna har eller är på väg att bygga upp regionala kontaktcenter för första linjen och BUP, ibland kallade ”En väg in”. Regioner som har sådana kontaktcenter uppger att det medfört både minskade väntetider och att patienter snabbare hamnar på rätt vårdnivå. Kontaktcentren nås i samtliga regioner via telefon för invånarna och har en rådgivande och sorterande (triagerande) funktion. I övrigt råder viss variation i utformning och uppdrag för om kontaktcentret:

- kan nås digitalt av invånarna
- tar emot barnärenden för alla åldrar
- triagerar till privata utförare
- efter triagering även gör tidsbokning eller enbart hänvisar till verksamhet
- har möjlighet att boka in barn utan förälders vetskap
- tar emot remisser ifrån vårdgrannar inklusive elevhälsa
- ha snabbnummer för samverkansparter för konsultation

Ingen region har ett kontaktcenter tillsammans med kommuner för lotsning till kommunala stöd- och hjälpinsatser.

Regioner som saknar kontaktcenter av typen En väg in kan ha andra funktioner för gemensam remissbedömning, till exempel remissteam, att BUP som fördelar ärenden och en representant för första linjen sitter med, att första linjemedarbetare kan närvara på vissa patientsamtal på BUP (såsom vid pågående medicinering på BUP och samtidigt behov av individuella samtal, familjearbete eller gruppbehandling på primärvårdsnivå) eller att BUP kan sätta upp ärenden till första linjen i ett gemensamt journalsystem.

Vårdcentral och motsvarande

Samverkan med vårdcentral är av stor betydelse för första linjeverksamheter utan medicinskt uppdrag, för att utesluta somatisk sjukdom och för samordning vid samtidig somatisk problematik.

Där första linjen inte har egen medicinsk kompetens finns exempel på samarbete med vårdcentral där patienten är listad. En del första linjeverksamheter har tillgång till läkarresurs för konsultation och bedömning. Vissa regioner som placerat sin första linjemottagning på vårdcentral anser att det underlättar samarbete med primärvården (till exempel genom

meddelandefunktionen i journalföringssystemet och tillgång till allmänspecialister). Samtidigt finns exempel på regioner där samverkan med den somatiska kompetensen inte skett i tillräcklig utsträckning trots att första linjen utgjort ett tilläggsuppdrag på vårdcentral.³⁰

Vårdprogram kan bidra till att ärendegången vid misstanke om somatisk problematik hos barn och unga som söker för psykiska besvär tydliggörs i regionerna.

Barnmedicin

Samverkan med barnmedicin är mycket skiftande, från nära och upparbetat samarbete när verksamheterna är samorganiserade och/eller har samma journalsystem till samverkan i enstaka fall. Ätstörningar, smärta och diabetes och förebyggande eller tidiga insatser vid psykisk ohälsa är exempel på möjliga samarbetsområden som nämnts i regionernas första linjebeskrivningar.

Övergång till vuxenverksamhet

I frågeunderlaget till regionerna ingick en fråga om första linjens samverkan med vuxenverksamheter, till exempel vid övergångar. Regionernas redogörelse för detta är knapphändig. Huruvida det är en indikation på välfungerande övergångar eller ett outvecklat område är oklart.

³⁰ Dalman et al., 2018.

För- och nackdelar med olika första linjemodeller

Tillgänglighet och dimensionering

Väntetider

Väntetider till första linjen är svåra att mäta på ett rättvisande sätt. Det är troligt att regioner som infört gemensamma kontaktcenter av typen En väg in för första linjen och BUP med triageringsfunktion minskat väntetiden till första kontakt och första bedömning.

Andel barn

Tillgänglig data tyder på att första linjen i flera regioner, oberoende av organisationsmodell, har kontakt med betydligt färre än vad som kan anses ändamålsenligt utifrån uppskattningar av förekomst av lindrig till måttlig psykisk ohälsa samt att barn och unga utanför städerna och barn och unga från lägre socioekonomiska grupper är underrepresenterade. För grupper där psykiatriska tillstånd fortfarande har ett stort stigma eller där tilliten till psykiatri är låg kan det vara lättare att kontakta primärvården eller en första linjeverksamhet än BUP.

Barn och unga kan också söka sig till andra verksamheter med parallella första linjeuppdrag för vilka regionerna inte uppgett besöksdata, till exempel ungdomsmottagning. När flera verksamheter har ett första linjeuppdrag är det väsentligt att tillförsäkra att stöd- och behandlingskvalitet och patientsäkerhet eller motsvarande är likvärdig för samma problemställning oberoende av verksamhet.

Mottagningar och digital tillgänglighet

I geografiska områden med mindre patientunderlag eller om det råder kompetensbrist kan en modell med många mottagningar medföra högre risk för minskad tillgänglighet till stöd och behandling. Distanslösningar kan möjliggöra ökade öppettider, till exempel genom samordnad bemanning anpassad efter efterfrågan under dygnet, samt minska kostnader för att komma i kontakt med verksamheten (såsom resekostnader och frånvaro från arbetsplatsen). Verksamhet på distans kan också öka möjligheterna att tillgodose specifika

behov, såsom kontakt på flera språk. I och med genomslaget för distansverksamhet kan organisering och lokalisering komma att få mindre betydelse för den upplevda tillgängligheten.

Fortsättningsvis är det viktigt att vara vaksam på hur distansverksamhet ska kompletteras av fysisk verksamhet och hur eventuella svagheter med distansverksamhet kan minimeras eller kompenseras för. Exempel på aspekter att beakta är sekretess inom familjen, anpassad verksamhet för olika åldrar och jämlika och flexibla möjligheter att få stöd och behandling i ett fysiskt möte när situationen eller tillståndet kräver det.

Kontinuitet

SBU skriver att kontinuitet kan ses utifrån tre dimensioner, relations-, verksamhets- och informationskontinuitet. Relationskontinuitet innebär att terapeutiska relationer mellan individ och behandlare ska vara trygga och förutsägbara, verksamhetskontinuitet att insatserna i vård och omsorg ska vara konsekventa och samordnade även om flera vårdgivare och vårdnivåer är involverade, och informationskontinuitet, slutligen, att alla berörda ska ha samma aktuella information om individens hälsa och livssituation. SBU skriver att dimensionerna hänger ihop, men att utvecklingen delvis har gått åt ett annat håll då ansvaret delats upp på många händer, informationen är fragmenterad och den belastade offentlig-finansierade vården och omsorgen ofta har hög personalomsättning.³¹

Relationsaspekten av tillgänglighet – kontinuitet – kan vara lättare att tillgodose i organisationsformer som möjliggör en löpande behandlarrelation trots skiftande problemtyngd. Att specialistnivån har möjlighet att ge konsultativt stöd till första linjen är ett sätt att upprätthålla kontinuerliga relationer mellan barn, ungdom, familj och behandlare i första linjen med möjlighet till övertagande om det konsultativa stödet är otillräckligt. Ett annat alternativ är en flytande gräns mellan första linje och specialist där alla medarbetare ansvarar för samtliga svårighetsgrader. Det skulle dock minska förutsättningarna för att tillgodose både funktionerna ”allmänspecialist” för lindrig till medelsvår psykisk ohälsa respektive psykiatrisk specialist eller subspecialist för svårare psykisk ohälsa inom en region. Oberoende av organisation ska barn och familjer

³¹ SBU. *Om hjälpen hölls ihop*. (hämtad 220608 kl 13:00)

uppleva ett tryggt och sömlöst omhändertagande. Kontinuitet kan också bidra till att minska administrativa och byråkratiska processer inom vården.

Kompetens och stöd- och behandlingsinnehåll

Kompetensförsörjning och resursanvändning

Val av organisation verkar enligt flera regioner ha betydelse för kompetensförsörjning. En centralisering av kompetens till ett färre antal mottagningar förefaller mindre sårbart för frånvaro och personalomsättning och ökar förutsättningarna för kunskapshöjande utbyte mellan personal. Centralisering av resurser och kompetenser kan vidare innebära gemensam ärendehantering, bedömningsfunktion och ärendefördelning, samordnad rekrytering och gemensamma PTP-program.

Den demografiska utvecklingen tyder på att personalbristen inom vården kommer bestå. Det kommer framöver vara av ännu större betydelse att den kompetens som finns tillgänglig fördelas på ett klokt sätt. Hög kompetens behöver finnas på alla steg men med delvis olika inriktning, för triagering, på första linjenivå och på specialistnivå.

Stöd- och behandlingsinnehåll

KBT-inriktad samtalsbehandling i olika format utgör grunden för första linjens verksamhet i samtliga regioner.

Hur eventuell somatisk problematik ska tillgodoses hos barn och unga i första linjen och vice versa – hur barn och unga med somatisk problematik ska tillförsäkras insatser vid psykisk ohälsa förefaller vara ett område i behov av utveckling i många regioner.

För samtliga regioner är uppföljning och utvärdering av verksamheten ett utvecklingsområde. En gemensam ansats för att utvärdera första linjens verksamhet ur både individ- respektive organisationsperspektiv skulle vara värdefullt. Barn, unga och familjer måste kunna garanteras goda och säkra insatser med positiva resultat.

Samverkan

Gränser mellan verksamheter är en nödvändig följd och förutsättning för att utveckla högre kompetens och färdigheter inom ett visst område. Nästan

oberoende av var gränserna dras finns angränsande verksamheter mellan vilka målgruppen befinner sig parallellt eller rör sig. Vare sig man beslutat om strikta eller mer flytande gränser behöver det finnas tydliga och enkla överenskommelser och rutiner för hur samarbete kan initieras, genomföras och följas upp för att öka förutsättningarna för att medarbetarna kan skapa utrymme för det och att det blir ett bra resultat för barnet, ungdomen och familjen. Någon samlad data som kan indikera hur väl samverkan fungerar för barn och unga som får insatser av första linjen finns inte, till exempel kan ingen svara på hur skolsituationen ser ut för deras patienter i samband med avslutad kontakt.

Att alla berörda verksamheter har tillräckliga resurser för att kunna utföra sitt uppdrag minskar friktionen i samverkan.

I tidigare skeden av första linjens etablering prövade flera län integrerade mottagningar mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Nuvarande trend är mot renodlade regionala verksamheter med motiveringen att det genom enhetliga dokumentationskrav ökar patientsäkerheten och för att skapa likvärdiga anställningsförhållanden mellan medarbetare.

Verksamhetsföreträdare med erfarenhet av integrerade verksamheter menar dock att det varit en fördel för målgruppen att kunna söka och få hjälp utan att behöva definiera sina problem som antingen psykologiska eller sociala.

Första linjeverksamheter som är organiserade inom BUP menar att samarbete mellan vårdnivåer underlättas av att vara organiserad inom ett verksamhetsområde med samma chef.

Hur blev det i förhållande till modellområdesprojektets 6 modeller?

Modellområdesprojektet (2009-2011) beskrev sex olika modeller för att erbjuda första linjeinsatser baserade på de lösningar som utvecklades eller var på väg att utvecklas i de 14 modellområdena samt på andra modeller som diskuterats under projektet. Regionernas beskrivningar av sina första linjer 2021/2022 visar att aspekter av samtliga modeller realiserats i någon mån och att ingen modell implementerats fullt ut.

Primärvårdsmodellen. *Modellen utgår från primärvårdens ansvar för att vara första linjen för alla tillstånd och alla åldrar. I praktiken utrustas vårdcentraler med kompetens och resurser för att kunna bedöma, utreda och behandla sådan misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa som inte kräver specialistinsatser.*

Modellen förutsätter att tillgång till psykosocial kompetens, som psykolog och socionom, finns på vårdcentralen och att personalen vid vårdcentralen har kompetens att bedöma och behandla psykiatriska tillstånd.

Observation:

- Ett fåtal regioner har valt en modell där första linjen integreras i vårdcentralernas ordinarie uppdrag. De regioner som tillämpar modellen har utmaningar med tillräcklig bemanning och i och med det att säkra kompetens och hög tillgänglighet.
- Flera regioner har organiserat sin första linjeverksamhet inom primärvården men som separata mottagningar, ibland samlokaliserad med annan verksamhet såsom vårdcentral eller ungdomsmottagning.
- Vid val av en modell där en del vårdcentraler kan åta sig tilläggsuppdrag behöver det finnas central styrning för att säkra att tilldelningen motsvarar behoven, med särskild hänsyn till geografiska områden med stora behov.
- Processflödet för att samordna somatiska och psykologiska insatser är fortsatt ett utvecklingsområde i större delar av landet.

Del av specialistverksamheten. *I denna modell är första linjen en del av regionens (dåvarande landstingens) specialistverksamhet. Den barnpsykiatriska verksamheten och/eller barnmedicinska verksamheten har uppdraget att tillhandahålla alla insatser vid psykisk ohälsa eller misstänkt psykisk ohälsa. I detta scenario bör sannolikt vissa delar av verksamheten eller särskilda personer inom verksamheten ha uppdraget att ge första linjeinsatser och första linjen måste förtydligas gentemot specialistnivån. En utvecklad och formaliserad samverkan med primärvård, socialtjänst och elevhälsa krävs i modellen.*

Observation:

- Flera regioner har organiserat sin första linje inom specialistnivån men som en egen verksamhet med separata mottagningar.
- Samorganiseringen kan främja förutsättningarna för ett samlat grepp om barns och ungas psykiska hälsa inom sjukvården.
- Specialistnivån har fortsatt betydligt mer resurser och ärenden än första linjen.

Vägvisare, och var och en har sitt tydliga uppdrag. *Vägvisarmodellen bygger på att verksamheter som ska ge insatser till barn med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa har ett tydligt uppdrag och att det finns ett system som underlättar för barn och familjer att hitta rätt mellan verksamheter. Till den här modellen hör också strukturerade former för att samla ett nätverk runt ett barn med behov av insatser från flera aktörer/vårdgivare. Utifrån en analys som säkerställer att alla typer av behov täcks kan tydliga överenskommelser mellan alla parter utarbetas.*

Observation:

- Vägvisarmodellen har inte utvecklats till en självständig modell.
- Aspekter av vägvisarmodellen syns tydligast i regioner som utvecklat ett gemensamt kontaktcenter för första linjen och BUP med triageringsfunktion (av typen ”En väg in”). Dagens kontaktcenter är emellertid inte integrerade med kommunernas verksamhet.
- En region, Västerbotten, har breddinfört en modell för att skapa nätverk kring barn med behov av insatser från flera aktörer (”HLT”) som komplement till vårdcentralernas första linjeuppdrag.

Elevhälsobaserad modell. *En första linjemodell där region och kommun gett elevhälsan ett utvidgat uppdrag för bedömning, utredning och behandling av sådan psykisk ohälsa som inte behöver åtgärdas med specialistinsatser. Det skulle innebära att första linjeinsatserna finns mycket nära det hälsofrämjande arbetet och med tydlig koppling till barns vardag.*

Observation:

- Några kommuner prövade med utvecklingsstöd från Uppdrag Psykisk Hälsa (SKR) och utvärderingsstöd från Folkhälsomyndigheten en modell med skolan som arena för första linjens insatser. Projektets begränsade omfattningen i resurser och tid medförde att arbetssättet inte blev tillräckligt implementerat för att visa några tydliga slutsatser.
- Skolans decentraliserade styrning och förekomst av privata utförare påverkar förutsättningarna för ett jämlikt utfall med en elevhälsobaserad modell.

- Det finns en oro för att individinsatser inom ramen för elevhälsan tränger undan det främjande och förebyggande arbetet på grupp- och organisationsnivå.

Integrerad verksamhet för heltäckande första linjeansvar. *Integrerade verksamheter med ett uppdrag att erbjuda såväl sociala som medicinska insatser utifrån olika kompetenser från såväl hälso- och sjukvård, socialtjänst som elevhälsa. Team utgörs av personal från hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa som är anställda hos sina respektive huvudmän eller hos en av huvudmännen som tagit på sig ansvaret för all personal. Familjecentraler, ungdomsmottagningar och vissa speciella verksamheter eller psykosociala team är exempel på integrerad verksamhet.*

Observation:

- Trenden har gått mot upplösning av integrerade verksamheter till helt regionala huvudmannaskap.
- Verksamhetsföreträdare med erfarenhet av integrerade verksamheter har ofta uppfattningen att den var bra utifrån barnperspektiv, men att juridiska, tekniska och personalpolitiska hinder gjorde att man valde en lättare lösningen med en (1) regional huvudman.
- I en region, Dalarna, pågår försök med att skapa en samlad ungdomshälsa som utgår från ungdomsmottagningarna.

Helhetslösning för barn och familjer. *Den här modellen har funnits med som en vision i många diskussioner om utformandet av insatser till barn och unga. Modellen utgörs av en sammanhållen barn, ungdoms- och familjehälsa där första linje, specialistverksamhet och generella insatser samlas i samma hus. Även elevhälsan ingår i den tänkta organisationen även om elevhälsans insatser utförs ute på skolorna.*

Observation:

- Ingen region avser att samla alla verksamheter under samma tak. Region Dalarna går längst i ambitionen om en integrerad ungdomshälsa.
- Vid Modellområdesprojektets avslut hade den digitala utvecklingen inte kommit lika långt. I framtiden kan en fysisk samlokalisering vara av mindre betydelse. Fortsatt finns tekniska säkerhetsaspekter som försvårar digital kommunikation, till

exempel mellan kommunala och regionala verksamheter och med minderåriga.

Förslag till strategier för vidareutveckling av första linjen för barns och ungas psykiska hälsa

I följande avsnitt ges förslag på områden av betydelse för vidareutvecklingen av första linjen för barns och ungas psykiska hälsa. Utvecklingsarbete kan bedrivas på olika nivåer, till exempel inom län (regioner och kommuner) var för sig, i länsövergripande samarbete eller med nationellt koordinerat stöd, till exempel inom ramen för överenskommelser mellan SKR och staten eller genom den nationella kunskapsstyrningen³².

Länsgemensamma kontaktcenter

Flera regioner har eller är på gång att utveckla gemensamma kontaktcenter mellan BUP och första linjen med rådgivnings- och triageringsfunktion (ibland kallade En väg in) för att vård ska ges på rätt nivå utifrån behov. Kontaktcentren gör det enklare för föräldrar och ungdomar att hitta fram till rätt stöd och tillförsäkrar en enhetligt utförd första bedömning med stöd av ett strukturerat instrument (vanligen Brief Child and Family Phone Interview, BCFPI). Det är inte ovanligt att kontaktcentren hänvisar vidare till socialtjänst eller skola. För att förhindra att barn, unga och familjer ”hamnar mellan stolarna” skulle försöksverksamhet med gemensamma kontaktcenter för region och kommuner vara värdefullt, vilket även skulle kunna inkludera koordinering för samverkan i individärenden.

Digitalt förmedlad rådgivning, stöd och behandling

Den digitala utvecklingen av stöd- och behandlingsprogram vid psykiska besvär och psykiatriska tillstånd accelererade under covidpandemin.³³ Regionernas erbjudande till barn, unga och familjer i första linjen är fortfarande begränsat. I nuläget finns ingen samlad bild över hur första linjeverksamheter använder digitala verktyg, digitala vårdkontakter och internetförmedlade

³² Uppdrag Psykisk Hälsa, 2022a; SKR, 2022

³³ SKR, 2021

behandlingsprogram (till exempel iKBT). På försök har några regioner börjat erbjuda internetförmedlade insatser i direkt anslutning till en bedömning på kontaktcenter, till exempel föräldrautbildning. [SKR:s sammanställning av program på stöd- och behandlingsplattformen \(2021\)](#) indikerar att det sker dubbelarbete när regioner tar fram snarlika program. Framöver skulle det kunna vara mer resurseffektivt att hitta former för att ta fram program i samarbete. En mindre juridisk utredning genomförs på SKR om förutsättningarna för sådana samarbeten och om nyttjande av program framtagna av annan region.³⁴ Ett relaterat utvecklingsområde är om skriftliga stödmaterial till barn, unga och vårdnadshavare skulle kunna tillgängliggöras på 1177 som komplement till stöd- och behandlingsinsatser. Utvecklingsarbete med angränsande inriktning pågår på SKR.³⁵

Inera arbetar för att utveckla både gemensam infrastruktur och arkitektur samt befintliga och nya tjänster inom 1177 Vårdguiden, i nära samarbete med landets regioner.³⁶

För att klara målen om tillgänglig och likvärdig vård måste digitalt förmedlad rådgivning, stöd och behandling utvecklas kraftfullt.³⁷ Stora vinster finns i att gemensamt, nationellt vidareutveckla formerna för vård på distans och därigenom även kompensera för ojämn tillgång på personal.

Ungdomsmottagningarnas roll

I många regioner har ungdomsmottagningar officiellt eller inofficiellt ett första linjeuppdrag i varierande omfattning. Ungdomsmottagningsföreträdare framhåller ofta att ungdomsmottagningar arbetar på ungdomars uppdrag och har ungas förtroende, till exempel manifesterat i att ungdomar kan söka hjälp där utan förälders medverkan eller vetskap. Forskning bekräftar att besökare uppfattar verksamheten som ”youth friendly”, men något mindre bland unga som identifierar sig som hbtqi och unga med annan än svensk etnisk bakgrund.³⁸ Flickor söker verksamheten i högre grad än pojkar.

³⁴ Kontaktperson är Anna Östbom, SKR

³⁵ Kontaktperson för projektet Patientkontrakt på SKR är Anette Nilsson. Inom projektet pågår arbete för att utveckla klinisk patientinformation som kan riktas till en individ.

³⁶ Inera. *Första linjens digitala vård*. (hämtad 220608 kl 13:11)

³⁷ SKR, 2021b

³⁸ Waenerlund et al., 2020

En rapport från SKR (2020)³⁹ menar att en större tydlighet kring ungdomsmottagningarnas uppdrag skulle medföra att prioriteringar skulle kunna göras på ett mer ändamålsenligt sätt, med ökad likvärdighet över landet som resultat. Rapporten behandlar ungdomsmottagningens verksamhet i stort och inte specifikt uppdraget kring psykisk hälsa, men de förbättringsområden som rapporten föreslår skulle också kunna tydliggöra ungdomsmottagningens roll i förhållande till första linjen för barns och ungas psykiska hälsa.

1. **Tydliggör uppdraget:** Utveckla mål och strategier som tydliggör viktiga prioriteringar. Tydliggör utbud av insatser och kompetenser.
2. **Utveckla strategier för ökad tillgänglighet:** Öka medvetenheten om olika tillgänglighetshinder. Överväg ett ökat fokus på utåtriktat arbete, riktade mottagningar och digitala besök.
3. **Stärk kunskapsstyrningen och kunskapsutbytet:** Skapa systematik i uppföljning och utvärdering. Öka tillgången till kunskapsstöd och stärk kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.
4. **Förbättra samverkan mellan ungdomsmottagningar och med andra aktörer:** Samordna lokala resurser. Samordna olika aktörers insatser kring enskilda ungdomar. Utveckla samverkan med skolan, inklusive elevhälsan.

Psykisk ohälsa och skolan

Skolsituation påverkar elevers psykiska hälsa och omvänt kan elevers psykiska hälsa ha påverkan på skolsituationen. Den rådande uppfattningen inom både första linjen och skola är följaktligen att samordnade insatser över verksamhetsgränser kan leda till bättre och tidigare insatser för barn och unga som visar tecken på, eller löper risk för, att utveckla psykisk ohälsa.

Elevhälsan har ett främjande och förebyggande uppdrag emedan första linjen har ett förebyggande och behandlande uppdrag. I ett pilotprojekt 2018-2020 som genomfördes med stöd av Uppdrag Psykisk Hälsa (SKR) undersökte några kommuner och regioner hur första linjen skulle kunna verka på skolans arena. En frågeställning var hur och med vilket resultat första linjen skulle kunna

³⁹ SKR, 2020

erbjuda individinsatser i skolans lokaler, om vårdnadshavare och elev föredrog det, samt om modellen skulle resultera i bättre samverkan till nytta för eleven.

Projektiden var relativt kort och projektutvärderingen gav inga tydliga slutsatser om modellens för- och nackdelar på individ-, grupp- eller organisationsnivå. Det är därför fortsatt intressant att utforska på vilket sätt elevhälsans och första linjens uppdrag kan komplettera varandra på ett sätt som främjar tillgänglighet, effektiva insatser och jämlik hälsa. Enligt utredningen ”Börja med barnen!” (SOU 2021:34)⁴⁰ finns stora skillnader förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Barn och unga som får insatser av socialtjänsten eller SiS

Psykiska symtom och svårigheter kan ha både sociala, psykosociala och psykologiska aspekter. En tvärvetenskaplig och tvärprofessionell ansats i första linjen är därmed nödvändig för att kunna bemöta barn, unga och familjer med en helhetssyn. Integrerade första linjeverksamheter med kompetens från hälso- och sjukvård och socialtjänst kan främja ett sammanhållet stöd; ett annat sätt är att regionala verksamheter anställer medarbetare med social kompetens; ett tredje att skapa välfungerande rutiner för välfungerande samverkan med socialtjänsten.

Att ge barn i samhällsvård det de har rätt till och behöver, för både kroppslig och psykisk ohälsa av förebyggande respektive behandlande karaktär, är ett stort och angeläget utvecklingsområde. Till exempel ska gemensam planering med stöd av samordnad individuell plan (SIP) och hälsoundersökningar ska tillförsäkras alla barn i behov.

Förhållandet mellan första linjenivå och BUP

Den pågående omställningen till Nära vård⁴¹ är förenlig med utvecklingen av en första linje för psykiska hälsa. Emedan utredningarna förordar en modell där primärvården ges ett större ansvar, har utvecklingen av första linjen i flera regioner istället inneburit att den specialiserade psykiatrien byggt upp första linjen som en primärvårdsnivå inom specialistnivån. Lägesrapporterna från

⁴⁰ Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, 2021.

⁴¹ Socialdepartementet et al., 2022; Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, 2020; Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, 2022.

regionerna ger inte vid handen att någon organisationsform i sig är överlägsen, kanske är det väsentliga snarare att använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att svara mot barns och ungas behov. Aspekter att väga in vid utformningen av en första linjen är begränsade personella resurser, enhetligt mottagande och triagering samt huruvida första linjen ska ha en medicinsk funktion eller vilken annan verksamhet som ska ha det medicinska ansvaret, till exempel för differentialdiagnostik eller läkemedelsbehandling.

Historiskt har Sverige dels haft ett sjukhusstunt system och dels en primärvård med vårdcentraler som varit geografiskt närmare invånarna än specialistnivån. Omställningens mot mer Nära vård syftar till att stärka primärvårdens funktion som nav för behandlande, främjande och förebyggande insatser. Telefonmottagning, internetförmedlad kontakt och behandling och mobila lösningar gör att den geografiska tillgängligheten framöver kan komma att få mindre betydelse och istället behöver bli ett mer flexibelt komplement. Digitala lösningar kan också innebära att det blir lättare att dela på nischade kompetenser och konsultativt stöd, över regiongränser och nationellt.

Flera regioner har i tidigare rapporter vittnat om svårigheter att behålla och vara en attraktiv arbetsgivare för medarbetare på BUP.⁴² Villkoren har bidragit till att en del BUP-medarbetare börjat arbeta i första linjen, med följderna att vissa regioner upplever att första linjen besitter lika mycket kompetens som den specialiserade nivån.

Utifrån idén om stegvis vård är det ändamålsenligt att respektive vårdnivå använder och ges förutsättningar för att vidareutveckla den kompetens som behövs för uppdraget. Det innebär att första linjen är allmänspecialist i lindrig till medelsvår problematik som kan hjälpas med relativt korta och enkla insatser, emedan BUP är specialist och subspecialist för problematik som inte kan behandlas effektivt i första linjen, till exempel för att det behövs en fördjupad utredning, förekomst av komplicerande faktorer eller för att tillståndet är svårbehandlat.

Det kan vara påfrestande för medarbetare att bara arbeta med svår problematik. Ett tydliggörande av BUP:s konsultativa uppdrag gentemot första linjen, skola och socialtjänst skulle kunna medföra en variation i belastning samtidigt som

⁴² Uppdrag Psykisk Hälsa, 2017; SKR, 2022b

BUP behåller sin specialistfunktion men skulle behöva systematiseras och utvärderas mer noga ur patient-, organisations- och arbetsmiljöperspektiv.

Somatisk kompetens

Tillgången till somatisk kompetens i första linjens verksamhet varierar mellan regionerna, där flera regioner varken har bemanning av läkare eller sjuksköterska. Om första linjen ska kunna ge god och jämlik vård över landet behövs ett fortsatt arbete ske med att definiera i vilka skeden den somatiska kompetensen behövs, till exempel för fördjupad bedömning, differentialdiagnostik och läkemedelsbehandling) och hur den kan tillgodoses på ett sätt som är patientsäkert och resurseffektivt.

Främjande och förebyggande insatser

Förekomst av risk- och skyddsfaktorer har på gruppnivå betydelse för förekomst av psykisk ohälsa och dess konsekvenser för individen och närstående. Med främjande och förebyggande insatser kan betydelsen av riskfaktorer minska och friskfaktorer stärkas hos individer och grupper. Grunden för det främjande och förebyggande arbetet läggs på strukturell och samhällslevelig nivå och kompletteras av riktade och kompenserande insatser på grupp- respektive individnivå. Flera regioner i lägesrapporten önskar utveckla ett närmare samarbete med kommunerna i det främjande och förebyggande arbetet. En utmaning är att kommunerna har varierande förutsättningar och resurser för att arbeta främjande, förebyggande och att samverka i detta.

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) lade ett förslag om ett hälsovårdsprogram för barn och unga och en förstudie med anledning av detta pågår för närvarande hos Socialstyrelsen (S2021/06171).

Ett tydligt hälsoprogram för alla åldrar som både täcker universella insatser och riktade insatser vid risk för psykisk ohälsa kan förebygga både psykisk ohälsa och olika former för social utsatthet. Det kan till exempel betyda att alla föräldrar bör erbjudas ett generellt och förebyggande föräldrastöd i viktiga skeden (till exempel när barnen är små och i tonåren) men att det också ska finnas anpassade individuella insatser till de familjer som har extra behov.

Uppföljning och utvärdering

Insatser på alla nivåer behöver utvärderas enligt Fortes kunskapssammanställning⁴³. Detta gäller metoder för att främja psykiskt välbefinnande, förebygga och sätta in tidiga insatser och behandla psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. En gemensam nationell ansats behövs vid valet av metodik och mätinstrument för att säkra hög kvalitet och jämförbarhet över landet.

⁴³ Dalman et al., 2021

PRIMÄRVÅRDSMODELLER

Egna lokaler eller lokalisering på vissa vårdcentraler

Region Blekinge

Organisation

Primärvård, ”Samtalsmottagning för barn, unga och föräldrar” på fem vårdcentraler (en per länets fem kommuner).

Huvudsakliga argument för val av modell

Lindrig till måttlig psykisk ohälsa ansågs i linje med primärvårdens uppdrag.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

-

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Barnhälsovårdspsykologer anställda inom BUP, kontakt fås genom mödra- och barnhälsovården.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Definition av tillgänglighet i enlighet med nationella vårdgarantin för primärvården.

Första bedömning inom primärvård ska ske inom tre dagar, men det är svårt att nå. Vanligen sker första besök inom en månad, ibland upp till sex veckor.

Täckningsgrad i det geografiska området?

Definierar täckningsgrad som verksamhet i länets samtliga kommuner.

Representation i samtliga fem kommuner. Från vissa delar i länet är det relativt långt att ta sig till någon av samtalsmottagningarna, men i nuläget saknas möjlighet till mottagningsrum på ytterligare vårdcentral.

.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

-

Grupper svåra att nå och strategier?

-

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Steg 1 är nödvändig kompetens.

Har medvetet valt att inte ha psykolog- eller läkarkompetens eftersom man tror att det skulle medföra andra förväntningar på verksamhetens innehåll, ökat patientinströmning och en förskjutning från uppdraget om förebyggande, tidiga insatser mot specialistpsykiatrins uppdrag.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

De fem medarbetarna är samtliga anställda på en av vårdcentralerna. Varje medarbetare är stationerad på en av vårdcentralerna. Fyra är socionomer och en är sjuksköterska. Medarbetarna arbetar på samma sätt oavsett profession, samtliga har minst steg 1-kompetens, tre är psykoterapeuter.

Tillgång till kompetens efter behov?

För få medarbetare för att klara kort väntetid till första besök. Skulle behövas någon ytterligare medarbetare (men finns inte befolkningsunderlag för fler).

Behandlings- och stödutbud?

Samtalsmottagning och KBT, föräldrastöd och familjeterapi, föräldragrupp för att hantera oro. Besök kan ske även via telefon och videolänk. Hoppas kunna utveckla mer gruppverksamhet efter pandemin.

Vid behov av psykiatrisk bedömning av läkare görs remiss till BUP.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Ja.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Vet ej. Har inte utvärderat effekten av vården.

Nöjdhet

Har nöjdhetsenkät till familjerna med egen blankett till barn/ungdom där nästan samtliga uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med den hjälp de fått.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Följer skolsituationen som en del av helheten. Dock sker ingen registrering av data.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Önskar återuppta och/eller vidareutveckla gruppverksamhet efter pandemin, till exempel för social fobi.

Diagnoskoder

Nej, sätter inte diagnos och anser inte att det är förenligt med synsätt på barnet i familjekontext. Uttrycklig inriktning på första linjeuppdraget att vara till omedelbart stöd på familjens uppdrag och inte göra någon regelrätt anamnes (vilket görs på BUP). Registrerar faktorer av betydelse för hälsotillståndet (Z-koder).

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Samarbetsträffar sker med skolhälsovården i länet samt i regionala grupper. Vårdnadshavares samtycke inhämtas rutinmässigt för samarbete mellan skola och samtalsmottagningen. SIP används i samverkan med skola.

Samverkan med socialtjänst sker genom samverkansmöten ungefär en gång per termin och genom direktkontakt och SIP i patientärenden.

Okomplicerad samverkan med BUP då samtliga av samtalsmottagningens medarbetare tidigare arbetat där och har utarbetade nätverk och förståelse för BUP:s verksamhet. BUP överväger införande av ett gemensamt kontaktcenter för psykisk ohälsa hos barn (s k En väg in) och första linjen deltar i

diskussionen om detta. Goda relationer mellan första linje och BUP gör att barn sällan bollas mellan verksamheterna, men första linjen önskar ändå ett tätare samarbete kring sortering av familjer till respektive vårdnivå.

Samtalsmottagningen kan ge stödinsatser till patienter med ADHD inskrivna hos BUP; om patienten får svåra problem intensifieras samarbetet. Man upplever att fördelen för patienten med en kontinuitet i samtalskontakt överväger organisatoriska besvär vid t ex årsuppföljning eller dubbel medverkan vid SIP.

Ungdomar 16 år och över hänvisas ofta till Ungdomsmottagningen som också har ett första linjeuppdrag (samtalsterapeuter, barnmorskor), men undantag för om de tros behöva medicinering (då hänvisning sker till BUP).

Samarbete med primärvården anses enkelt till följd av mottagningarnas placering på vårdcentral. Samarbete med barnmedicin skulle kunna utvecklas på områden som smärta och diabetes.

Tillgång till habilitering fås genom BUP och habiliteringens gemensamma utredningsenhet.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Att fortsatt prioritera förebyggande och tidiga insatser.

Skulle önska närvaro på fler vårdcentraler för ökad geografisk tillgänglighet i fler delar av länet.

Strategier för att möta utmaningarna

Diskussion om gemensamt kontaktcenter med BUP. Inledande samtal med kommunen om föräldralinje.

Behov av nationellt stöd

Utveckling av gemensamt kontaktcenter med BUP (s k En väg in).

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Betydelsen av tidig samverkan, inte minst med skola och socialtjänst.

Våga börja samtalsbehandling snabbt på familjens uppdrag, istället för att lägga tiden på omfattande utredning och anamnes.

Region Kalmar län

Organisation

Barn- och ungdomshälsan (6-17 år) tillhör primärvården sedan starten 2015. Tre mottagningar samt rum på vårdcentraler.

Huvudsakliga argument för val av modell

- Nära hälsocentralerna i enlighet med primärvårdens uppdrag med hälsoprevention, hög tillgänglighet, stöd och behandling utifrån ett biopsykosocialt salutogent synsätt ("vi vårdar hälsa").
- Önskade en sammanhållen organisation inom primärvården för psykisk hälsa (mödra- och barnhälsovårdspsykologernas verksamhet för barn 0-5 år, Barn- och ungdomshälsan 6-17 år samt Psykisk Hälsa 18+)

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Det har aldrig funnits tankar på någon annan modell. Man välkomnar Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) där utredaren menar att första linjen ska tillhöra primärvård.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas verksamhet för barn 0 till 5 år.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Tillgängligheten mäts på två sätt, genom rapportering till SKR, bedömning inom 3 dagar och även start av behandling inom 14 dagar.

Patientunderlaget för att sitta heltid på vissa vårdcentraler är för litet, men samtidigt blir tillgängligheten för dålig om närvaron är begränsad till ett par dagar per vecka.

Det finns ett tydligt påbud från politiker att arbeta med förbättrad tillgänglighet.

Täckningsgrad i det geografiska området?

Uppdraget är att ge samma vård oavsett var man bor.

Egna lokaler i de större orterna (Västervik, Oskarshamn och Kalmar) och tillgång till rum på regionens hälsocentraler i övriga nio kommuner.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Barn- och ungdomshälsan hade år 2021 kontakt med 4,3 procent och besök av 3,1 procent av barn i åldersgruppen 6 till 17 år.

Grupper svåra att nå och strategier?

Subgrupper som behöver nås är familjer i socioekonomiskt utsatta områden och de kommunerna som befinner sig längre bort från centralorterna.

En utmaning är den geografiska belägenheten. Region Kalmar är ett glesbygdsområde med 12 kommuner. Man har större benägenhet att söka hjälp ju närmre de större centralorterna längs med kusten man bor. Första linjen planerar nu för att finnas representerade i varje kommun och finnas på plats på en Hälsocentral för att öka tillgängligheten och säkra en jämlik vård.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Olika yrkeskategorier med grundläggande psykoterapiutbildning. Psykologer för det diagnostiska kunnandet och leg psykoterapeuter/psykoterapeuter med olika inriktning (relationell, familjeterapeutisk, KBT). Övriga yrkeskategorier är socionom, lärare, socialpedagog samt sjuksköterska.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Inspirerades av Region Kronoberg och deras beräkningsmall för antal barn i aktuella åldrar och antal anställda, med hänsyn till glesbygdsstandard. 33 000 barn i målgruppen och 15 medarbetare som 2022 utökas till 20.

Tillgång till kompetens efter behov?

Förutom till psykologtjänster i norra delen av länet finns inga svårigheter att bemanna mottagningarna.

Behandlings- och stödutbud?

Psykologisk samtalsbehandling (familjeterapi, KBT och IPT) till familjer, föräldrar och i enskilda kontakter.

Ett internetbaserat utbildningsprogram till föräldrar, ”Möt ditt barns oro”.

I mars 2022 startade ”12-årssnacket” i en kommun i vilken alla 12-åringar med föräldrar bjuds in till ett samtal på Hälsocentralen eller digitalt för att stärka föräldraskapet och öppna för angelägna frågor inför tonåren.

I april 2022 öppnar Föräldralinjen, en bokningsbar telefonlinje för föräldrar som önskar stöd och råd i föräldrarollen.

Ett mer omfattande samarbete kommer inledas med skolorna, dels genom att aktivt delta i YAM⁴⁴ och dels genom egna föreläsningar för elever, lärare och föräldrar.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

-

Utvärdering

Behandlingsresultat

Resultat utvärderas med SDQ. Under pandemin har verksamheten haft många digitala vårdkontakter men har inte system för att hantera SDQ och har därför pausat sin uppföljning.

Nöjdhet

Nöjdhet mäts regelbundet genom enkäter. I den senaste mätningen (sista kvartalet 2020) skulle 100 % av de tillfrågade rekommendera verksamheten.

62,7 % svarade Ja på frågan om kontakten med BOU har hjälpt ditt barn/er att bättre handskas med sina bekymmer och 37,3 % svarade till viss del.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Patienterna har oftast en fungerande skolsituation, men på senare tid har verksamheten fler som stannar hemma en eller flera dagar från skolan (svårt att komma iväg, ta sig över tröskeln). En hypotes är att det har att göra med pandemin, som innebar hemundervisning och föräldrar som arbetar hemifrån, en större acceptans eller kanske en mer förlåtande attityd och som ung har man fler i sin närhet som gör samma sak.

⁴⁴ Youth Aware of Mental health (YAM), en hälsofrämjande och preventiv insats med syftet att förbättra den psykiska hälsan och minska självmordshandlingar hos skolelever.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Sämst resultat med de som inte återgår till skolan. I det arbetet är en samsyn med skolan avgörande.

Diagnoskoder

Använder KVÅ-kodning.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Möten fyra gånger per år då första linjen samlar chefer från skola, socialtjänst, BUP, barnmedicin och HAB i tre geografiska områden.

Regionala samverkansmöten.

En ansvarsfördelning finns mellan BUP och första linjen.

Barn i förskoleåldern som inte fyllt 6 år kan lotsas till första linjen via mödra- och barnhälsovårdpsykologernas verksamhet.

Första linjepatienter som närmar sig eller behöver fortsatt hjälp efter 18 år övergår till hälsocentralerna (inom samma primärvårdsorganisation som första linjen).

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Den största utmaningen är att räcka till för en jämlik första linjeinsats utifrån den geografiska situation, samt att hitta vägar för att nå familjer i en socioekonomiskt utsatt position.

En annan utmaning är arbetet med barn och unga som hamnar i en ostadig skolgång. Gränsen för hur mycket man kan vara hemma har flyttats och helt plötsligt har man hamnat i ett utanförskap.

Strategier för att möta utmaningarna

Genom att finnas på hälsocentralerna, göra verksamheten känd och samarbeta med övrig personal ska det bli lättare att hitta till första linjen. Verksamheten behöver profilera sig och bli en naturlig del i det primära omhändertagandet av

de unga invånarna. I ett län med långa avstånd är det väldigt resurskrävande. Den digitala utvecklingen ger goda möjligheter att nå fler.

Verksamheten kommer fortsätta att utveckla arbetet med att hitta vägar för att finnas på ungdomars arenor och erbjuda snabbt enkelt stöd. På ett effektivt sätt använda sig av digitala världen utan att konkurrera ut det traditionella arbetet.

Behov av nationellt stöd

-

Lärdomar för det fortsatta arbetet

- Samverka men bygg en egen profil för att ha något att stå på, annars bestämmer alla andra vad man ska göra.
- Det finns stora behov, luckor och köer som gör att efterfrågan på snabba lösningar är stor.
- Nationell samordning är bra samtidigt som hänsyn måste tas till lokala förutsättningar. Utmärkt att vi nu kan samla erfarenheter och ta lärdom av varandra.

Region Värmland

Organisation

Inom det nya (2019) verksamhetsområdet Barn, unga och familjehälsa, inom primärvården.

Totalt finns fyra första linjemottagningar i Värmland, varav två med delat huvudmannaskap mellan kommun och region, en med regionen som huvudman, och en som är i övergångsfas från delat till regionalt huvudmannaskap. Personalen på tre av fyra mottagningar reser till mindre orter för fysiska besök.

Kommunerna i länet finansierar 30 procent av första linjemottagningarna.

Huvudsakliga argument för val av modell

Inom ramen för tidigare modellområdesprojekt⁴⁵ var grundidén att en integrerad verksamhet kunde erbjuda samlade insatser utifrån ett socialt, psykologiskt, pedagogiskt och medicinskt perspektiv. Regionen och Hagfors kommun startade en mottagning av integrerad modell i Modellområdesprojektet. Mottagningen i Karlstad startade (2015) med samma modell. Viss personal var anställd av regionen och andra var anställda av kommunen.

När de två ytterligare mottagningarna startade (2017) ville styrgrupperna med representanter från både kommuner och regionen att regionen skulle vara ensam huvudman (med delfinansiering av kommunerna) för att medarbetarna skulle ha en gemensam chef, samma anställningsförmåner och för att underlätta kring dokumentation och andra lagkrav i hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstlagen. Av dessa skäl har en av de två integrerade mottagningarna påbörjat en övergång till enbart regionalt huvudmannaskap.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Barn- och familjestöd ansvarar för 0–5 år, de ingår i samma verksamhetsområde som första linjen och ingår i det gemensamma remissbedömningsteamet. Ärenden där barnet är 5 år och 7 månader kan flyttas över till första linjen.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

⁴⁵ SKR, 2012

Definierar tillgänglighet i enlighet med primärvårdsgarantin.

Första linjen har 2021 upprätthållit en god följsamhet till primärvårdsgarantin; i december 2021 fick 88 procent en medicinsk bedömning inom tre dagar på första linjen.

Tillgängligheten beror också av hur många tider som kan erbjudas. Nuvarande riktlinje är fyra besök per dag per behandlare. Länets styrgrupper är oeniga om hur många besök per dag en behandlare bör ha.

Patientinflödet är ojämnt. Periodvis är det ett högre tryck på personal och de tillgängliga tiderna för patienterna färre, och under andra perioder är det betydligt lägre tryck.

Man har arbetat med tillgänglighet utifrån flera aspekter; det ska vara lätt att hitta till verksamheten och de som söker ska inte själva behöva veta vad som är ”felet” eller vart hen ska vända sig. Första linjen behöver finnas nära både i närmiljön och digitalt. I Värmland finns flera ingångar så som 1177, telefonrådgivning, en webbplats där ungdomar kan söka till verksamheten (”hurmårdu”) och Region Värmlands app. Barn och unga kan själva kontakta första linjen, även om man så långt det är möjligt och lämpligt arbetar för att närstående ska involveras.

Geografisk tillgänglighet

Invånare i samtliga Värmlands (16) kommuner har tillgång till första linjen. Kommunerna skiljer sig åt i geografi, befolkningstäthet och avstånd, organisering och bemanning av kommunal verksamhet såsom elevhälsa och socialtjänst, utbud av ideella verksamheter och lokaltrafik.

Personalen reser ut till flera kommuner och möten kan ibland ske på skolor och undantagsvis via hembesök.

Öppenvårdsbesök har minskat under pandemin och ersatts av kvalificerad telefonkontakt samt videomöten.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Fem procent i den definierade åldern (6-20 år) söker årligen till första linjen (spännvidd mellan mottagningar 3,9 procent till 5,6 procent).

Grupper svåra att nå och strategier?

Gruppen med riskbruk/missbruk. Alla patienter ska tillfrågas om risk-/missbruk och det kan också följas via levnadsvanor i patientjournal. Alla medarbetare ska vara utbildade i motiverande samtal (MI) och 1-2 medarbetare per mottagning ska ha utbildning i MET (Motivational Enhancement Therapy).

Unga med medelsvår psykisk ohälsa ges inte ett bra omhändertagande eftersom de idag är hänvisade till specialistnivå som har långa köer.

Kompetens och utbud

Vilka kompetenser anser vi vara nödvändiga eller önskvärda?

Utifrån nuvarande första linjeuppdrag är det önskvärt med kuratorer (socio­n­o­m­e­r med steg 1 eller motsvarande och gärna legitimerad hälso- och sjukvårdskurator) psykologer, läkare, psykiatrisjuksköterskor och vårdadministratör.

Specialpedagog finns idag på en av första linjemottagningarna eftersom fullgjorda studier är en skydds-/friskfaktor för barn och unga, men det har varit svårt att få till ett bra arbetssätt, då det endast finns en person med denna kompetens inom första linjen och skolorna har egna specialpedagoger med utvecklad organisation och arbetssätt. En viktig frågeställning framöver är om första linjen ska ha denna kompetens och på vilket sätt den ska användas och organiseras.

Utifrån omvärldsspaning kan arbetsterapeut och fysioterapeut vara önskvärda kompetenser.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

I dag finns psykologer, socio­n­o­m­e­r med steg 1-utbildning, socio­n­o­m­e­r, beteendevetare, vård- och stödsamordnare, psykiatrisjuksköterskor, specialpedagog, socialpedagog, psykoterapeut, vårdadministratörer som konsultativt stöd av en läkare. Ursprunglig bemanningsplan var 1 behandlare/2000 barn, vilket ändrades för tre av mottagningarna; två mottagningar har 1 behandlare/1500 barn och en mottagning har 1 behandlare/1200 barn. Detta då det var stora avstånd och en hel del tid går bort i restid mellan mottagningarna. Någon utvärdering har inte gjorts.

Diskussion pågår om att arbeta över mottagningsgränserna. Möjlighet finns för alla utförare att samverka inom de lokala enheterna. Inom varje enhet finns också utrymme för intern handledning.

Yrkesträffar finns idag för första linjepsykologerna och kommer under 2022 också erbjudas kuratorer/behandlare mer länsövergripande.

Det finns ett länsövergripande metodbibliotek med tillhörande metodgrupp som kvalitetssäkrar dess material och rekommendationer. Metodstunder erbjuds över året för att öka och säkerställa kompetens och för utbyte mellan mottagningarna i länet. Verksamheterna har en verksamhetsutvecklare att tillgå och enhetscheferna för första linjen är organiserade i samma verksamhetsområde, med en gemensam verksamhetschef.

Tillgång till kompetens efter behov?

Bemanning är en komplex fråga, beroende av patientinflöde, vårdtyngd med mera. För att säkerställa god tillgänglighet och ett sammanhållet, jämlikt vårdutbud av god kvalitet i hela länet har ledning tillsammans med medarbetare gjort en genomlysning av verksamheten (2021). Underlaget används också som underlag vid införande av uppföljningsverktyget GOLI.

Genomlysningen har lett till ett antal pågående aktiviteter och förbättringsförslag med syfte att säkerställa tillgänglighet och jämlikt vårdutbud. Aktiviteterna ska initialt förankras i Första linjens fyra styrgrupper innan verkställighet. Verkställigheten planeras till verksamhetsår 2022.

I rådande stund (juni 2022) görs en kartläggning av bemannings- och kompetensbehov. Samtidigt införs rutiner för att förbättra det patientadministrativa arbetet vilka kommer ge en bättre uppfattning om bemanningssituationen. Verksamhetens utvecklingsgrupp tittar på kompetensutvecklingsbehov utifrån eventuella ändringar i första linjens uppdrag.

Behandlings- och stödutbud?

Telefonrådgivning, psykoedukation, KBT online, psykologiska samtal och föräldrastöd fysiskt, via video eller telefon. Insatser kan erbjudas enskilt, familj/närstående och/eller i grupp.

Det digitala utbudet har breddats och innan årets slut kommer appen Ung i Värmland för att boka tid för videosamtal eller skriva i samtalets chatt med en kurator finnas som digitalt redskap för målgruppen.

Till vårdgrannar och samverkansparter erbjuder mottagningarna konsultativt stöd.

För att ha ett bra vårdutbud på primärvårdsnivå, som når många, behöves gruppverksamheten utvecklas.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Variationer i länet finns och det pågår arbete för mer jämlik vård.

Variationerna bottnar i skilda socioekonomiska förhållanden, geografi och befolkningstäthet och avstånd mellan kommuner, existerande utbud av ideella verksamheter, olikheter i elevhälsan, olika infrastrukturer, olika förväntningar från kommuner, olikheter i tillgång till kompetens, olika samarbets- och arbetskulturer samt olikheter när det gäller lokalfrågor. Dessa faktorer har också initialt påverkat vårdutbudet, vilket verksamheten arbetat på att ena i länet, bland annat genom en gemensam metodbok för första linjen.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Data saknas.

Nöjdhet

FIT (Feedback Informed Treatment) Outcomes används som utvärderingsverktyg i varierande grad. Implementering pågår.

Patientenkät genomfördes 2018; 100 procent upplevde sig bra bemötta och 100 procent kände sig delaktiga i beslut kring de insatser de fick.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Nej, det är ett förbättringsområde.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Data saknas.

Diagnoskoder

Diagnos- och symtomkoder registreras. Ej synkat med andra regioner.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

En länsövergripande samverkansrutin finns mellan första linje, skola, socialtjänst och BUP. Rutinen omfattar SIP, inklusive skolan, samt möjlighet till tjänstemannamöten och förmöten vid samtycke.

Första linjemottagningarna har utarbetade, fungerande samarbeten med angränsande verksamheter. Första linjemottagningarna har vårdgrannetelefon med generösa öppettider dit andra verksamheter kan ringa för att få en konsultationstid bokad till behandlare eller motsvarande.

Det finns ett gemensamt remissbedömningsteam som träffas en gång per vecka där BUP, samtliga första linjemottagningar och barn- och föräldrastödmottagningen deltar. Vårdgrannetelefon finns hos BUP.

Några av första linjemottagningarna är samlokaliserade med en ungdomsmottagning.

Utmaningar för att tillförsäkra goda och jämlika första linjeinsatser

- Ett mer jämlikt arbetssätt på alla fyra första linjemottagningar.
- Resursfördelning utifrån behov.
- Geografiska förutsättningar.
- Elevhälsoteamens olika arbetssätt.
- Strukturerad samverkan med skola och socialtjänst för att arbeta mer förebyggande. Exempel kan vara att tillsammans skapa gruppverksamhet för unga.
- Personal inom verksamheten har rapporterat om ökad problematik och ohälsa bland patienterna, fler remisser och kö till specialistnivå.
- Det behövs större samverkan mellan första linjemottagningarna, skola, socialtjänst och BUP för att upprätthålla hög tillgänglighet, god kompetens, arbetsmiljö och effektiv resursanvändning.

Strategier för att möta utmaningarna

En gemensam struktur för patientens väg genom första linjen och för vårdgrannar och samverkansparter tas fram. Till detta formuleras administrativa

rutiner i syfte att avlasta den kliniska personalen. Avlastningen skall på sikt säkerställa tillgängligheten.

En stor länsövergripande inventering pågår med fokus på att skapa ökad struktur och effektivisering av bland annat det administrativa arbetet.

Arbetet med det gemensamma remissbedömningsteamet fortsätter och behov av utvecklingsmöjligheter identifieras.

Ett gemensamt kontaktcenter av typen ”En väg in” är intressant men inga beslut är fattade.

Behov av nationellt stöd

Nationella nätverksträffar (SKR) är ett bra forum för att få stöd och ta del av goda idéer.

Stöd att ta fram kunskapsunderlag, nationella ramar för uppdraget, målgrupp, metoder och rekommendation om erforderlig kompetens, konferenser och omvärldsbevakning.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Det är bra att första linjen är organiserat inom primärvården, det tydliggör vårdnivån.
- Ett jämlikt vårdutbud som kan breddinföras måste säkerställas tidigt i processen.
- Det ska vara lätt för behandlarna att använda evidensbaserade metoder. Metodbiblioteket har varit användbart.
- Ett gemensamt remissbedömningsteam är värdefullt.
- Digitala verktyg underlättar informationsspridning (till exempel ungdomsportal på nätet med information och kontaktuppgifter) och patientarbete.

Region Västernorrland

Organisation

Arbete pågår med att utveckla första linjens vård för åldrarna 6-17 år. Verksamheten, *Barn och ungdomsentrén*, inrättas successivt och kommer vara i full kapacitet 2025. I februari 2022 startade den första mottagningen i länets södra del (Sundsvall), som kommer följas av ytterligare en mottagning i länets norra del (Örnsköldsvik) hösten 2022.

Verksamheten tillhör primärvården, och ligger organisatoriskt som ett särskilt länsövergripande uppdrag. Under uppbyggnadsfasen kommer både Barn- och ungdomsentrén och primärvården ha första linjeuppdraget. När verksamheten har full kapacitet kommer primärvårdens regelbok att revideras.

Huvudsakliga argument för val av modell

En förstudie som genomfördes i samverkan mellan Vårdval Västernorrland, Primärvårdsförvaltningen och Barn- och ungdomspsykiatrien 2019 visade på ett behov av en länsövergripande verksamhet för att skapa förutsättningar för jämlik vård samt för att minska risken för brist på tillgänglighet till verksamhet och resurser. Ytterligare argument bestod i att ge ökade möjligheter för länsövergripande särskilt riktade insatser och kompetenser för olika gruppers behov.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

I regionen ligger första linjeuppdraget hos alla vårdcentraler, men förutsättningar upplevs begränsade utifrån ett resurs- och kompetensperspektiv. Primärvården tar idag emot 7-17 åringar i begränsad omfattning. Remittering och hänvisning till BUP av de som inte ingår i specialistvårdens uppdrag resulterar i utebliven bedömning och insatser av hälso- och sjukvården.

I förstudien från 2019 framkom att första linjens ingång upplevdes vara okänd eller otydlig av målgruppen och att det fanns behov av att förtydliga ansvarsområden, förutsättningar och förmåga för första linjeuppdraget i regionen.

Utifrån att ekonomin för första linjeuppdraget fanns inom primärvården valde man att hålla kvar uppdraget där. Den bakomliggande utredningen konstaterar att en första linjeverksamhet behöver bedrivas länsövergripande för att skapa

förutsättningar för jämlik vård över länet, men också för att minska risken för brist på tillgänglighet till verksamhet och resurser, samt ge ökade möjligheter för länsövergripande särskilt riktade insatser och kompetenser för olika gruppers behov. Utredningens förslag baseras därför på ett så kallat länsövergripande särskilt uppdrag, som inte är konkurrensutsatt enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

För barn 0–6 år finns en utvecklad verksamhet organiserad inom Psykologmottagningen för föräldra- och barnhälsovård i regionen (FBHV), och även denna verksamhet har ett särskilt uppdrag inom regionens primärvårdsförvaltning.

Tillgänglighet och dimensionering

I bakomliggande utredning genomfördes en beräkning som grund för dimensionering av verksamheten. Men det finns en osäkerhetsfaktor avseende beräkning av vårdbehov (utifrån brist på statistik från primärvård) för målgruppen i länet, och verksamheten vet ännu inte hur det kommer att se ut med tillströmningen av barn till verksamheten i samband med öppnandet och uppbyggnaden.

Tillgänglighet

Definierar tillgänglighet i enlighet med primärvårdsgarantin.

Barn och föräldrar når verksamheten via 1177 och en chatt-funktion som är öppen och bemannad varje dag 8.30-15.30. I och med att verksamheten ligger under primärvården gäller vårdgarantin.

Geografisk tillgänglighet

Till en början finns endast en fysisk mottagning i länet och verksamheten kommer därför att jobba med digitala lösningar för att öka tillgängligheten. I höst öppnar ytterligare en mottagning, vilket kommer att öka möjligheten till fysisk mottagning av patienter. Verksamheten kommer fortsättningsvis att jobba mycket med digitala lösningar – både utifrån den geografiska tillgängligheten men även utifrån målgruppens vana med digitala verktyg. Under projektiden har verksamheten i uppdrag att identifiera behov av ytterligare fysiska mottagningar i länet och att framarbete förslag på hur dessa i så fall ska organiseras.

I den inledande etableringsfasen kommer den första mottagningen ta emot en begränsad del av målgruppen (10- till 12-åringar), dock för hela länet. Under hösten kommer mottagandet att öka till att omfatta 6-12 år. Från nästa år ökar mottagningskapaciteten ytterligare och åldersspannet vidgas.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

-

Grupper svåra att nå och strategier?

-

Kompetens och utbud

Vilka kompetenser anser vi vara nödvändiga eller önskvärda?

Det finns en administratör på 100% samt en projektledare som är anställd 100% under de två första åren. I samband med uppstarten av verksamheten i februari kommer fem behandlande medarbetare att arbeta. I höst förstärks arbetsgruppen med ytterligare fyra behandlare. För att säkra läkarkompetens pågår ett arbete med att klargöra anställningsgrad och anställningsform.

När verksamheten är fullt resurssatt finns 15 behandlare med kompetenserna psykolog, kurator och arbetsterapeut.

Andra yrkesgrupper kan bli aktuella utifrån identifierade behov och under utvecklingsfasen.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Rekrytering och bemanning sker successivt.

Genom att öppna två huvudmottagningar och placera medarbetare på dessa tryggas personalgruppen och det blir lättare att säkra kompetensförsörjningen. De två fysiska mottagningarna kommer att fungera som en samlad enhet med en gemensam länsenhetschef. Detta innebär möjlighet att nyttja varandras spetskompetenser, jobba i team, bygga god och gemensam kompetens kring målgruppen och säkra länsövergripande kvalitet.

Tillgång till kompetens efter behov?

-

Behandlings- och stödutbud?

I den första etableringsfasen erbjuds individuellt stöd, digitalt eller fysiskt. Föreläsningar och gruppbehandling formeras under våren utifrån behov och underlag.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Erbjudandet är likvärdigt över länet men de faktiska förutsättningarna för målgruppen skiljer sig såklart åt eftersom det vid uppstart endast finns en fysisk mottagning i länet.

Utvärdering

Behandlingsresultat

-

Nöjdhet

-

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

-

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

Avser att använda diagnoskoder.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Arbete pågår för att utveckla samverkansytor med alla relevanta aktörer utifrån en särskild plan, relaterat till verksamhetens uppbyggnad och aktuell målgrupp.

I nuläget klargörs vårdnivåer och samverkansytor tillsammans med vårdcentralerna och med barn- och ungdomspsykiatri. Övriga aktiviteter just nu kopplar till kommunikation, att nå ut med tydlig information till våra samarbetsparter inför uppstarten, så att det finns rätt förväntansbild och så att rätt information når målgruppen.

Utmaningar för att tillförsäkra goda och jämlika första linjeinsatser

Den största utmaningen är att verksamheten är liten med länsövergripande uppdrag som är beroende av en fungerande samverkan med vårdgrannar. I nuläge saknas både resurser och kompetens inom primärvård och BUP vilket försvårar det gemensamma omhändertagandet av målgruppen.

Strategier för att möta utmaningarna

Strategin för att möta utmaningen handlar om att bygga verksamheten stegvis, och verksamheten tar även ett aktivt ansvar i att få till stånd samverkan och att skapa de arbetsgrupper som det finns behov av. Den uppdragsplan som ligger följs även upp genom en samverkande styrgrupp där både primärvård och specialistvård deltar. Verksamheten kommer att arbeta med utvärdering och uppföljning löpande och enligt uppdrag kommer man att genomföra en större uppföljning av respektive år, som grund för specifik plan för nästa år.

Behov av nationellt stöd

Det finns ett stort behov av nationellt stöd för fortsatt arbete – erfarenhetsutbyte och informationsinhämtande.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

-

Region Västmanland

Organisation

Verksamheten Barn- och ungdomshälsan för barn och unga från 6 upp till 18 år (BUH) är organiserade inom primärvården och lokaliserad i tre av fyra länsdelar (noder, Västerås, Köping och Fagersta) med planerad etablering i den fjärde 2022 (Sala). Verksamheten utgörs av ett psykosocialt team och utgör en resurs för samtliga vårdcentraler i länet, regionstyrda (32 st) och privata (19 st). Patienterna kan också söka BUH direkt.

BUH behöver ha bra kontakt med primärvårdsläkarna ifall det krävs samtidig medicinsk behandling (till exempel för järnbrist eller liknande). Vid behov av psykofarmaka erbjuder BUP psykiatriker på plats.

Ungdomsmottagningar har inget officiellt första linjeuppdrag men bedriver psykosocial verksamhet på första linjenivå i samarbete mellan respektive kommun (10 st) och regionen.

Huvudsakliga argument för val av modell

Primärvården erbjuder lättillgänglig och nära vård, men kompetensen på vårdcentralerna var otillräcklig för att ge tidiga insatser för mindre allvarlig psykisk ohälsa. Att på BUH samla flera inom samma yrkeskategori till ett fåtal platser ansågs mer fördelaktigt för att upprätthålla en hög kompetensnivå än deltidstjänster på respektive vårdcentral. Samarbetet med vårdcentralerna har inneburit att egen medicinsk kompetens inte behövs.

Tidigare övervägda eller prövade modeller

BUH Västmanland startades som projekt (2010) mellan en vårdcentral och BUP för invånare i Västerås. När projektet skulle permanentas (2013) ville ingen vårdcentral hysa verksamheten och den placerades då under BUP och blev i samband med det länstäckande. Till följd av otillräckliga resurser och köer till BUP uppstod undanträngningseffekter där barn med svårare problematik prioriterades framför första linjens målgrupp. Under ett utvecklingsprojekt (2017) beslutades därför att BUH skulle vara en primärvårdsverksamhet och organiserades därefter, jämte ungdomsmottagningarna.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Barn upp till förskoleålder får sina första linjeinsatser via BVC i Region Västmanland. Barn som har en allvarigare problematik än den som tas om hand på BVC anses kräva specialistinsatser. Barn som tillhör BVC behandlas vid behov inom BUP eller det projekt som drivs som ett samarbete mellan BUP, BVC och HAB, Mottagningen för tidiga insatser (MTI), som nu ska övergå i ordinarie drift. MTI hör till specialistnivån.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Tillgänglighet definieras som fysisk tillgänglighet, digital tillgänglighet (lättillgänglighet), tillgänglighet för ”alla” oavsett socioekonomisk status/andra sociala faktorer (etnisk bakgrund etc.), förmåga att ta emot enligt nationella tillgänglighetskrav (i dagsläget inom 3 dagar) samt psykologisk tillgänglighet (hur väl patienten blir mött av sin behandlare).

I dag finns inga upparbetade köer, man klarar precis det inflöde som är.

Sedan januari 2021 sker korta (20 min) första besök med bedömning och enklare rådgivning. Sådana besök kan bokas via webben (1177) direkt av patienten (vårdnadshavare för barn under 13 år). Barn och vårdnadshavare fyller i checklistor via 1177 för om de är målgrupp för BUH och vart de annars kan vända sig. Legitimerad hälso-/sjukvårdspersonal triagerar inom ordinarie vårdcentralverksamhet. Före 2021 gjordes sortering av vem som skulle få hjälp av BUH genom besök hos distriktssköterska på vårdcentralen, ibland med stöd av läkare. Det nya arbetssättet har medfört högre tillgänglighet genom snabbare bedömning, behandling och bättre ”träffsäkerhet”.

För vissa patienter ger det korta samtalet tillräckligt stöd. För andra bokas ett långt mottagnings-/alternativt digitalt vårdbesök in (mellan 60-90 minuter). Det långa besöket gör BUH ”psykologiskt tillgängliga” för familjen.

Inom BUH kan ungdomar inte söka och erbjudas hjälp på egen hand utan förälders vetskap eftersom behandlingsmodellen med korta, tillgängliga insatser förutsätter att mycket stöd och stora delar av behandlingen sker i ”hemmet”, det vill säga med vårdnadshavare som ger den praktiska behandlingen i vardagen. Ungdomsmottagningarna kan ge ungdomar över 13 år hjälp utan föräldrars vetskap.

Politiken har beslutat att mottagningarna ska bemannas varje vardag för att främja jämlik vård. Tillgängligheten har ökat genom ett växande digitalt utbud via dator och telefon. Förslag från verksamheten är att tillgängligheten i högre utsträckning skulle kunna tillgodoses digitalt, och bemanningen på plats begränsas till enstaka dagar för att minska restid och sårbarhet vid mottagningar med få medarbetare.

Geografisk tillgänglighet

Politiskt finns önskemål att BUH ska lokaliseras till alla fyra länsdelar ("noder"); idag finns mottagningar i tre och den fjärde under utveckling.

Etableringssvårigheter finns på de mindre orterna eftersom små mottagningar blir sårbara med få medarbetare (två till fyra personer). Samlokalisering med ungdomsmottagning (i Köping, och undervägs i Fagersta) skapar förutsättningar för bättre arbetsmiljö genom större behandlingsteam med mindre risk för ensamarbete och därmed en mindre sårbar verksamhet.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

5,2 % (2021).⁴⁶

Utifrån en uppskattning att tio procent av målgruppen lider av depression och ångest så bör eventuellt fler söka BUH. Det är möjligt att gruppen istället får stöd av ungdomsmottagningen och elevhälsan.

Om man menar att kommunens uppgift är att skapa en tillräckligt bra social- och skolsituation för individer som inte klarar det på egen hand, och första linjens uppgift att göra annat, så är BUH rätt utformad. Men för att motsvara det faktiska behovet behövs stärkta samverkansavtal mellan BUH och vårdgrannar.

I regionen finns en uppfattning att familjer söker BUP trots att de skulle kunna erbjudas vård inom BUH. Medarbetarna på BUH ser snarare att fler patienter med neuropsykiatriska diagnoser, ADHD och AST söker BUH trots att de grupperna enligt samverkansavtal tillhör specialistpsykiatri.

Grupper svåra att nå och strategier?

⁴⁶ Uträkning baserad på antal nya patienter inom BUH jämfört med SCB:s uppgifter om barnbefolkning 5-17 år i länet.

Grupper med lägre socioekonomisk status eller annan kulturell bakgrund. Presumtivt får fler inom dessa grupper insatser av kommunen, men inom gruppen finns sannolikt behandlingsbara psykiska besvär som borde kunna erbjudas hjälp från hälso-/sjukvården.

BUH strävar efter ett gott samarbete med individ- och familjeomsorgen och skolan, men menar att barnets omgivning behöver vara stabil för att en psykologisk behandling ska fungera. Stöd i vardagen ("första-första-linjen") bör enligt verksamheten ges av elevhälsan istället för av BUH i enlighet med elevhälsans främjande och förebyggande uppdrag.

BUH arbetar med att utveckla samarbetet med ungdomsmottagningen och för att även ungdomsmottagningen ska betraktas som en del av första linjen.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Kompetenser som anses nödvändiga i BUH är erfarna kuratorer och psykologer med intresse av att arbeta med barn och familjer. Professionell kompetens behövs inom både social omsorg och psykologiska processer.

BUH har ingen egen medicinsk personal (sjuksköterska eller läkare). Medicinskt ansvarig läkare är placerad på den vårdcentral där patienten är listad.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Att på BUH samla flera inom samma yrkeskategori till ett fåtal platser ansågs mer fördelaktig för att upprätthålla en hög kompetensnivå än deltidstjänster på respektive vårdcentral. Samarbetet med vårdcentralerna har inneburit att egen medicinsk kompetens inte behövs.

Lika många psykologer som kuratorer behövs för att kunna arbeta i team med varje familj. Tillgången på kuratorer är högre och där är samtliga medarbetare anställda på den mottagning där de också verkar. På centralorten (Västerås) har det varit relativt lätt att rekrytera psykologer. På mindre orter är det svårare, och därför utgår psykologerna från Västerås. Det medför många timmar i bil och är inte kostnadseffektivt, varför man överväger att ha mer av den kompetensen tillgänglig digitalt. Periodvis har kurator med psykoterapeutexamen anställts på psykologtjänster.

Behandlings- och stödutbud?

BUH anser att det är ändamålsenligt och effektivt att arbeta med behandling i vardagen. Därför sker merparten av behandlingen i hemmet tillsammans med familjen och i skolmiljö, med viss uppföljande coachning av vårdnadshavare och skolpersonal av psykologer/kuratorer på mottagning.

Längre besök (60-90 min) vid behov skapar förutsättningar för ”psykologisk tillgänglighet” så att patienterna/familjerna känner sig hörda och stärkta. Kurator och psykolog tar emot tillsammans, och besöket ”delas” vid behov för att åter ha ett ”tillsammansbesök” innan avslut.

All behandling inleds med psykologisk basbehandling, det vill säga inventering av och råd kring kost, motion, sömn och skärmvanor utifrån kunskap om vilken effekt dessa faktorer har på den psykiska hälsan.

Verksamheten ger internet-KBT, gruppbehandling (UP, transdiagnostisk behandling) och samtal med enskild och familj. Inom verksamheten är vårdnadshavare alltid inblandade i vårdplanering och vårduppföljning. Däremellan kan behandlingen innebära enbart enskilda samtal, med företrädesvis ungdomar, även om hela familjen vanligtvis är aktiv även i det arbete som sker på mottagningen. Under pandemin ställdes många besök om till digitala vårdbesök.

Alltfler med neuropsykiatriska diagnoser, ADHD och AST söker sig till BUH. Inga utredningar för neuropsykiatrisk problematik görs i verksamheten men de med ADHD eller AST-diagnos som inte får någon behandling/insatser inom BUP eller HAB får samtalsbehandling inom primärvården.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Nej, gruppbehandling (sker till största delen fysiskt) erbjuds endast på centralorten.

Den mobila psykologbemanningen på de mindre mottagningarna medför viss ojämlikhet i tillgängliga psykologtimmar.

På en större mottagning är det enklare att samla kompetensen och att konsultera kollegor, vilket kan ha betydelse för jämlik vårdkvalitet. En större mottagning kan utifrån att kan utifrån medarbetarnas olika kompetens ha flera olika typer av

gruppverksamhet med olika inriktning. Fler medarbetare ger bredare kompetens och med det större möjlighet att individanpassa behandlingen.

Utvärdering

Få patienter remitteras vidare till specialistpsykiatri (cirka sex procent 2021). En positiv tolkning är att mottagningstelefonen är bra på att hänvisa patienter rätt från början och att BUH inte är en ”ingång” till BUP. En mer kritisk tolkning är att verksamheten lägger för mycket resurser på lindriga svårigheter och individer som egentligen inte behövde vårdens hjälp.

Behandlingsresultat

Familjerna skattar symptomreduktion efter avslutad behandling men data sammanställs inte.

I pandemins spår har det utkristalliserats vilka möten/behandlingar som ger behandlingseffekt via digitala kanaler och vilka som inte gör det. Rena bedömningssamtal har fungerat bra, viss individuell behandling (beroende på individens förutsättningar) och psykoedukativa samtal. Barnsamtal, familjesamtal där det finns svårighet i interaktion mellan föräldrar och barn och samtal med illustrativa hjälpmedel (till exempel tejpningfigurer) har fungerat mindre bra via digitala kanaler.

Nöjdhet

Mycket goda enligt tjänstedesign utförd 2019. En enklare, reguljär uppföljningsmodell införs 2022.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

I perioder träffas många patienter med hög skolstress. Skolsituation är en del av all bedömning från start och instrumentet C-GAS används för att avgöra funktionsnivå, där skolsituationen är en av flera delar. Uppföljning görs av om en behandling varit hjälpsam, inklusive förändringen i skolsituationen, men sammanställs inte systematiskt på aggregerad nivå.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Hemmasittare. BUH försöker samverka med skola, vårdnadshavare och socialtjänst för att få barnen att återgå till skolan, men det är en svår patientgrupp som kräver stora samordningsinsatser för att ge goda resultat.

Under de senaste åren har en ökad andel patienter haft neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, framförallt AST med depression/ångest som pålagring. Dessa patienter anses behöva mer vardagsstöd (från annan verksamhet)⁴⁷ än psykologisk behandling och man har begränsade behandlingsresultat för målgruppen.

Samarbete med andra verksamheter

Med skola sker samarbete genom möten runt enskilda patienter, informationsmöten och SIP.

Med socialtjänst sker samarbete genom SIP, informationsträffar, orosanmälningar, direktkontakt med handläggare efter medgivande från patient.

Med BUP sker samarbete genom samverkansmöten, direktdialoger mellan enhetschefer inom verksamheterna gällande enskilda patienter, samverkansöverenskommelser, remisser.

Samarbete med vuxenverksamheter sker enbart vid behov gällande specifika patienter (ett utvecklingsområde) och via remisser.

Med vårdcentralerna fungerar samarbetet mycket bra, ofta förs dialog om patienter genom meddelandefunktionen i journalföringssystemet och god hjälp fås av allmänspecialisterna som vid behov kan ta ställning till eventuell provtagning och/eller annat för att utesluta somatiskt bakomliggande sjukdom. Vårdcentralsläkare skickar remisser vid misstanke om psykologiskt bakomliggande faktorer till somatiska besvär. Samverkan med barnmedicin och HAB sker endast vid behov runt enskilda patienter (sker sällan).

Arbetar pågå med att samlokalisera de mindre BUH-mottagningarna med ungdomsmottagningarna. På centralorten har verksamheterna tillräckligt stora mottagningar för att kunna fungera tillfredsställande utan den samverkan. BUH tar emot remisser/hänvisningar från ungdomsmottagning och diskuterar ärenden (avpersonifierat) för en bredare psykologisk förståelse. Arbetet pågår med att få

⁴⁷ text via elevhälsan eller UM, eventuellt chattfunktioner eller annat där individen kan få svar på "hur brukar andra göra i just den här situationen?" – "jag gjorde så här, och förstod inte varför andra reagerade – kan du hjälpa mig att tolka situationen?" Kanske också mer digitala utbildningsfilmer och annat direkt på 1177. Hjälptill självhjälp på nåt sätt för att minska trycket på vården).

ungdomsmottagningen betraktad som en del av första linjen, vilket kan medföra att det blir lättare att nå svårnådda patientgrupper.

Diagnoskoder

Ja, diagnoskoder utifrån ICD-10 (DSM när BUH var organiserade under BUP) och KVÅ-koder. Samma diagnos- och åtgärds-koder som övriga regioner med journalföringssystemet Cosmic.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

- Otillräckliga resurser.
- Ökad psykisk ohälsa.
- Kompetensförsörjning (åldrande befolkningen och inte tillräckligt många i arbetsför ålder, konkurrens om psykologkompetens där privat verksamhet och statliga institutioner erbjuder högre löner, svårighet att bemanna mindre mottagningar).
- Brister i arbetsmiljö. Ökade krav att ta emot fler patienter vilket riskerar att leda till mindre tid för eftertanke och analys, samt mindre tid till den enskilde patienten/familjen, med risk för ökade ledtider och försämrade behandlingsresultat.
- Utveckling behöver ske vad gäller mer tidseffektiva behandlingsinsatser, framförallt i att utveckla och begränsa tidsåtgång för journalföring.
- Diskussioner om att ta över en del av BUP:s köer för att minska trycket på BUP, med risk att tränga undan första linjens huvudsakliga målgrupp. Istället för att flytta köerna från en verksamhet till en annan behövs mer resurser och mer effektiva behandlingsmetoder på BUP.
- Behandlingen på BUH förutsätter vårdnadshavares omsorgsförmåga och initiala delaktighet i behandling. Det medför exkludering av en del socialt utsatta barn med mindre att de uppmärksammas av socialtjänsten. Ofta betraktas första linjemottagningen som en "Medelklassmottagning" emedan första linjen för mer socialt utsatta familjer bedrivs inom socialtjänsten

Strategier för att möta utmaningarna

- Digitalisera där det fungerar.
- Hitta vägar till att vara mer konsultativa gentemot vårdgrannar så att barnen kan få hjälp i sitt sammanhang (familj, skola). Både arbeta direkt mot familjen men också mot socialtjänst och skola för att därigenom öka effekten av enklare åtgärder inom vården.

- Förbättra och minska dokumentationstiden. Bättre proportion mellan patientmöte och journalföring vid samtalsbehandling.

Behov av nationellt stöd

- Gemensamma ”utbildningar” eller tydligare nationella riktlinjer för mer professionell och kortfattad dokumentation av psykologisk behandling för regionens mottagningar som arbetar med samtalsbehandling, både inom psykiatri, vårdcentraler och UM.
- Samordning och nationell styrning av första linjen i linje med delrapporten *Börja med barnen* inom nära vård-omställningen, men kanske våga tänka ännu större.
- Utveckla arbetssätt för att möta barnen på skolans arena.
- Hitta en väg för att både kunna möta patienternas behov av tidiga insatser och att ge de svårast sjuka specialiserad och riktad vård.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Skolan borde ges större ansvar för att lösa elevernas problem på plats, till exempel genom utökning av elevhälsan. I skolan kan psykiska besvär uppmärksammas och förebyggas bättre än inom vården och leda till effektivare organisation och att resurser frigörs.
- Första linjen bör ha en nära koppling till vårdcentralerna.
- Första linjen kan i högre utsträckning än idag behöva bedrivas i digital form för att frigöra mer resurser till de som är svårare sjuka.
- BUP:s köer ökar trycket på första linjen med risk för bortträngning av patienter som riskerar att behöva barnpsykiatrisk hjälp om de inte får hjälpen i ett tidigt skede. Det finns risk för undanträngning av förebyggande och tidiga insatser när första linjen är en del av BUP:s uppdrag, i synnerhet när BUP:s patienter blir fler (i regionen en ökning med 28 procent de senaste 4 åren).
- Det blir en tuff arbetssituation på BUP när de enbart ska arbeta med svåra (och vissa medelsvåra) patienter. Det har försämrat arbetsmiljön på BUP och gör det svårt att rekrytera (det är svårare att rekrytera till BUP än till första linjen). Det medför att erfarenheten och kompetensen bland framförallt psykologerna, men också bland socionomerna med steg 1 utbildning, är högre på första-linjen jämfört med specialistpsykiatri

Region Uppsala

Organisation

Sedan 1 år tillbaka en (1) verksamhet för första linjen, ”Barn- och ungdomshälsan”. Organiserad inom primärvårdsförvaltning.

Huvudsakliga argument för val av modell

Första linjeuppdraget överensstämmer med primärvårdens uppdrag.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Tidigare fanns tre mindre team, som slogs ihop för ett år sedan.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Omfattas inte av Barn- och ungdomshälsans uppdrag.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Definierar tillgänglighet som andel som kommer fram samma dag (när de ringer) respektive andel som får första (medicinska) bedömning inom 3 dagar. Har därutöver egen målsättning om behandlingsstart inom 30 dagar.

”En väg in” startade den 1 november 2021 och data är inte tillräckligt valida på grund av problem i rapporteringen

Har idag 3 månaders väntetid till behandling startar.

Geografisk tillgänglighet

Kommer hösten 2022 ha mottagningar i sju av länets åtta kommuner.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

2,5 procent år 2021. Uppskattas finnas ett något högre behov i målgruppen.

Grupper svåra att nå och strategier?

Det har varit svårare att nå invånare i kommuner där det inte finns en mottagning. Nu sker etablering i fler kommuner. Verksamheten har också haft informationsträffar med de kommunala elevhälsorna.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Psykologisk kompetens anses nödvändig.

De medicinska delarna är ett utvecklingsområde. Vid behov av medicinsk kompetens sker samverkan med vårdcentral eller BUP.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Psykologisk kompetens finns inom den egna verksamheten. Rekrytering har varit lätt.

Tillgång till kompetens efter behov?

Ja

Behandlings- och stödutbud?

Individuell behandling (med vårdnadshavare i omfattning anpassat bland annat efter barnets ålder), digital grupp (under pandemin, framöver i fysiskt möte), internetföremadlad KBT.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Gruppbehandling i fysiskt möte kommer sannolikt inte kunna erbjudas i hela det geografiska området. Därför bra med erfarenhet av digitala grupper.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Mäter endast iKBT nu; nyligen påbörjat och utvärderas inom kort.

Nöjdhet

Använder nationella patientenkäten.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Nej. Majoriteten av barnen har frånvaro eller problem i skolan.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

Används i kontaktcenter av typen En väg in.

Samarbete med andra verksamheter

Med skola: deltar i en del av deras chefsmöten (1 gång per månad). Träffat de verksamma allteftersom och fortsätter med det.

Med socialtjänst: Påbörjat möten för att skapa struktur för samarbete. Ej klart.

Med BUP: Kort avstämningsmöte varje vecka.

Med verksamheter för vuxna vid övergångar: inte varit behov av ännu.

Habilitering: avstämning varannan vecka.

Ungdomsmottagningar: avstämning med kuratorer på ungdomsmottagningar efter behov, sannolikt 1-2 gånger per termin.

Processen för/vid somatisk bedömning/problematik är ett utvecklingsområde.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Att balansera kvalitet med efterfrågan.

Strategier för att möta utmaningarna

- Kortare behandlingar
- iKBT för fler grupper till hösten 2022 (kombinerat med fysiska träffar, eftersom många inte klarar enbart internetförmedlad behandling).

Strategierna har inte hunnit utvärderas eftersom verksamheten är nystartad under pandemin och därutöver rekryterat mycket under året.

Behov av nationellt stöd

-

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

-

Region Örebro

Organisation

Första linjeuppdraget är sedan mars 2022 delvis organiserat under primärvård (Område Nära vård) och delvis under BUP.

BUP ger råd, stöd samt bedömning för lotsning till rätt vårdnivå via kontaktcenter för barn och unga 0 till 17 år, ”Första kontakten psykisk ohälsa barn och unga”.

Primärvården ger bedömning och behandling till barn och unga (0-17 år) med lindrig till måttlig psykisk ohälsa vid den nystartade, självständiga verksamheten ”Mottagningen psykisk ohälsa barn och unga” med fyra mottagningar (i Hallsberg, Karlskoga, Lindesberg och Örebro).

Huvudsakliga argument för val av modell

Kontaktcentret lades inom BUP eftersom bedömningskompetens redan fanns där (genom funktionen Nyanmälningsgrupp som tidigare tog emot de barn- och ungdomspsykiatriska patienterna).

Mottagningen organiserades inom Område nära vård utifrån en princip om att primärvård ska ges på primärvårdsnivå och stegvis vård, i linje med slutbetänkandet *Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård* (SOU 2021:78).

Tidigare prövade eller övervägda modeller

I Region Örebro läns primärvård fanns tidigare Samtalsmottagningen, bemannad med sex kuratorer. Modellen övergavs eftersom behovet i befolkningen ställde krav på en större organisation med bredare kompetens.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Gemensamt med barnhälsovården pågår inventering av vilka insatser som ges där i relation till utbudet inom den specialiserade barnpsykiatrin.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Gällande tillgänglighet ska de nya verksamheterna (start 1 mars 2022) följa tidsgränserna en, tre och 30 dagar för kontakt, bedömning respektive behandling.

Geografisk tillgänglighet

All bedömning görs på samma sätt via första kontakten med standardiserat instrument, alla insatser ska erbjudas i hela länet.

Fyra mottagningar (i Hallsberg, Karlskoga, Lindesberg och Örebro).

Ingen data om täckningsgrad på grund av nystartad verksamhet.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Tidigare samtalsmottagning tog 2020 emot 2,1 procent av länets barn och unga, vilket bedöms vara lägre än behovet i målgruppen.

Grupper svåra att nå och strategier?

Tidigare genomlysning av samtalsmottagningen indikerade att sökbeteende inte avspeglade vårdbehov i befolkningen. Det har varit ett skäl att starta den nya verksamheten (2022).

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Kontaktcentret bemannas i huvudsak av psykiatrisjuksköterskor med lång erfarenhet av rådgivning och bedömning.

Primärvårdens mottagningar bemannas främst med psykologer och hälso- och sjukvårdskuratorer med KBT-inriktning. Vidare finns tillgång till specialist i allmänmedicin, specialistsjuksköterska och fysioterapeut. Därutöver säkras beroendekompetens vid tre av mottagningarna i Hallsberg, Karlskoga och Lindesberg i samarbete med psykiatrins Maria ungdom, som har sin verksamhet i Örebro.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Majoriteten av personalen nyrekryteras.

Tillgång till kompetens efter behov?

Ja

Behandlings- och stödutbud?

Kontaktcentret ger råd och stöd till barn och unga, anhöriga och närstående samt genomför bedömning med stöd av BCFPI och självskattningar för lotsning till vård på rätt vårdnivå.

Psykoedukation samt psykologisk behandling (KBT) enskilt och i grupp, iKBT, psykoedukation och stöd till anhöriga/närstående, farmakologisk behandling på primärvårdsnivå, blodtrycksmätning och vägning vid ADHD-medicinering (sjuksköterska).

Primärvårdens mottagningar erbjuder stegvisa, kunskapsbaserade insatser till barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Anhöriga och närstående erbjuds insatser såsom föreläsningar och råd och stöd individuellt. Vårdutbudet består i ett första led av psykopedagogiska insatser i grupp eller individuellt. Vid behov av ytterligare insatser görs en fördjupad bedömning som åtföljs av individuell psykologisk behandling (KBT) som förmedlas fysiskt, digitalt eller genom iKBT. Vid mottagningarna har målgruppen även möjlighet till farmakologisk behandling på primärvårdsnivå och patienter med ADHD-medicinering erbjuds uppföljning genom blodtrycksmätning och vägning hos sjuksköterska.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Ja

Utvärdering

Behandlingsresultat

Vårdens effekt kommer att följas upp med stöd av mått på ångest och depression (RCADS-47) och funktionsförmåga (C-GAS).

Nöjdhet

Kommer följa upp och utvärdera patient- och anhörignöjdhet.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Vårdens effekt på patientens funktionsförmåga kommer att följas upp.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Data saknas (nystartad verksamhet).

Diagnoskoder

Kommer registrera enligt ICD-10.

Samarbete med andra verksamheter

Första linjen har arbetats fram gemensamt av primärvård och BUP (gemensam arbetsgrupp och styrgrupp). Löpande dialog har förts med närliggande vårdverksamheter såsom ungdomsmottagning och barn- och ungdomshabilitering för samordning.

Samarbete har etablerats med de kommunala första linjeverksamheterna för att ta fram rutiner och skapa förutsättningar för likvärdiga och hälsofrämjande insatser.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Att göra verksamheten känd i målgruppen.

Att skapa förutsättningar för en hög andel direkt patienttid samt följsamhet till beslutat vårdförlopp.

Strategier för att möta utmaningarna

Fysisk och digital marknadsföring mot målgruppen.

Ett standardiserat vårdförlopp har tagits fram, som också använts för produktionsplanering. En struktur för uppföljning av produktions-, process och effektmål har lagts och resurser avsatts för utvärdering och justeringar för att säkerställa måluppfyllnad i organisationen.

Behov av nationellt stöd

Fortsatt nätverkande samt nationell benchmarking.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Ett kunskapsbaserat vårdinnehåll
- Förutsättningar för personalen att ägna en hög andel av sin arbetstid på direkt patienttid

Grunduppdrag vårdcentral, med/utan tilläggsuppdrag

Region Norrbotten

Organisation

En stor omorganisation pågår av sjukvården vilket kommer beröra första linjeuppdraget för barns och ungas psykiska hälsa. I dagsläget ligger det huvudsakliga första linjeuppdraget på hälsocentralerna, men kompetensen för att ta hand om barns och ungas psykiska hälsa är ojämnt och saknas på de flesta hälsocentraler.

Föräldra- och barnhälsan utgör en kompletterade verksamhet med ett tiotal anställda psykologer. Verksamheten har inget medicinskt uppdrag.

Sedan 2018 finns ett regionalt telefonbaserat kontaktcenter till BUP, ”BUP-linjen”, bemannat av två psykiatrisjuksköterskor, en socialpedagog, en skötare och en sekreterare med en överläkare kopplad till verksamheten. BUP-linjen tar emot nya ärenden via telefonrådgivning och remisshantering. Ett av uppdragen är att kvalitetssäkra flödet till barn- och ungdomspsykiatri, alltså ta reda på vem som är i behov av specialiserad vård. I fall där det verkar handla om en psykiatrisk problematik bokas en tid för en BCFPI, som står för Brief Child and Family Phone Interview. BCFPI är en strukturerad telefonintervju. Om resultatet signalerar att barnet har ett medelsvårt till svårt psykiskt tillstånd bokar BUP-linjen en tid på någon av de fyra BUP-mottagningarna. Bedöms barnet ha en enklare problematik hänvisas det i stället till en annan aktör, till exempel primärvård, skola, elevhälsa eller socialtjänst. Om det visar sig att insatserna på basnivån inte räcker till ska föräldrarna återkomma till BUP-linjen. BUP-linjen har regelbundet föräldrar som hör av sig för att få råd och stöd.

Förhoppningar finns om att förestående omorganisation ska främja etableringen av en jämlik första linje, tydliggöra första linjens tvärprofessionella ansats och att BUP-linjen ska utvidgas till att omfatta första linjen likt ”En väg in” i andra regioner.

Huvudsakliga argument för val av modell

-

Tidigare övervägda eller prövade modeller

-

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

-

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

-

Geografisk tillgänglighet

-

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

-

Grupper svåra att nå och strategier?

-

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

-

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

-

Behandlings- och stödutbud?

-

Likvärdigt utbud i det geografiska området?

-

Utvärdering

Behandlingsresultat

-

Nöjdhet

-

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

-

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

-

Samarbete med andra verksamheter

-

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

-

Strategier för att möta utmaningarna

-

Behov av nationellt stöd

-

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

-

Region Stockholm

Organisation

December 2021 infördes en förstärkning av samtliga husläkarmottagningars (vårdcentralers) uppdrag, som därmed ska erbjuda insatser för lindrig till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga (6-17 år). I januari 2022 utförde 77 av 223 husläkarmottagningar det nya uppdraget. Det är möjligt för mottagningarna inom en kommun/stadsdel att samverka så att en mottagning är utförare och de andra är anslutna till den.

Mellan 2014-2021 var första linjeuppdraget ett frivilligt tilläggsuppdrag för husläkarmottagningar och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM).

2020 infördes ”En väg in” i BUP:s regi. Det är en mottagningsenhet som tar emot remisser, gör en första bedömning, ger information och triagerar patienter till rätt vårdinstans inom vårdsystemet.

”Malinamottagningar” införs från den 1 september 2022 för barn 0-5 år med mild till måttlig psykisk ohälsa samt till blivande föräldrar.

2021 infördes ett nytt vårdval för barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, som innebär färre och större barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt en snävare och mer avgränsad målgrupp. Parallellt sker utvecklingsarbetet inom BUP (2023) genom färre geografiska områden (16 till 9) för att samla kompetens och ge goda förutsättningar för fasta kontakter med andra vårdgivare, mellanvård på fler platser i länet och upphandlad BUP öppenvård i två områden samt utveckling av mer sammanhållen och förenklad vårdkedja för ADHD och ASD med färre aktörer och mindre fokus på utredning och diagnos som en förutsättning för insatser.

Huvudsakliga argument för val av modell

- Vården ska vara jämnt fördelad över länet
- Ge bättre förutsättningar för lokal samverkan
- Hög tillgänglighet till evidensbaserad vård

Tidigare övervägda eller prövade modeller

Omhändertagande av lindrig till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga var mellan 2014-2021 ett frivilligt tilläggsuppdrag hos husläkarmottagningarna och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Placeringen skulle ge tillgång till somatisk vård (läkare och sjuksköterska) via huvuduppdraget eftersom psykisk ohälsa ofta inkluderar kroppsliga symtom som kan behöva utredas. Det var viktigt att mottagningarna inte bara är knutna (eller fristående) utan att de tillhörde en HLM eller BUMM. En utvärdering (CES, 2018) visade dock att det var relativt ovanligt att första linjen samarbetade med läkare eller annan personal på mottagningen. Flertalet av de intervjuade angav att det inte existerade något systematiskt teamarbete. Detta faktum kan vara en spegling av att första linjen är tydligt separerad från övrig verksamhet. CES fann följande utvecklingsområden:

- För att stärka första linjens förutsättningar och tillgänglighet kan antalet anställda utökas och omfatta mer än 1-2 psykologer.
- En jämnare geografiska spridning av mottagningarna skulle kunna underlätta tillgänglighet och samverkan.
- För barn i åldrarna 0-3 år kan kompetensen behöva stärkas.
- Samarbetet inom första linjemottagningar mellan psykologer och medicinsk personal kan behöva stärkas liksom samverkan med andra aktörer i det omgivande samhället.
- Vilka sökande som bör tas omhand av BUP respektive första linjen behöver tydliggöras.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Upphandling pågår (men är tillfälligt avbruten) av så kallade Malinamottagningar, psykologenheter för blivande föräldrar och barn 0-5 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa.

- Malinamottagningarna ska ge kontinuerlig konsultation till personal vid barnmorskemottagningar (BMM) och barnavårdscentraler (BVC) (*uppdraget utförs idag av barn- och ungdomspsykiatrin*)
- Malinamottagningarna ska ge tidiga stödinsatser till gravida efter bedömning av barnmorska på BMM (*vilket är en förstärkning jämfört med idag*)
- Verksamheten ska bedrivas av psykologer

- Uppdraget innebär en nära samverkan med BMM och BVC för att identifiera och fånga upp familjerna tidigt. BMM och BVC har en tät kontakt med familjerna
- Uppdraget innebär samverkan med andra aktörer såsom barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och deltagande i tvärprofessionella samverkansteam

Regionen delas in i sex olika områden. Det kommer att bli en Malinamottagning per geografiskt område. Det ska vara goda kommunikationsmöjligheter till respektive mottagning. Besök ska också kunna utföras på annan plats, t.ex. på en barnmorskemottagning eller barnavårdscentral.

Modellen föranleddes av en översyn (2019) kring hur tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos barn i åldern 0-5 år kan förbättras. Till grund fanns en utvärdering från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (SLSO/KI) som bl.a. konstaterade att kompetensen för de minsta barnen behövde förstärkas, att mottagningarna borde omfatta fler än två psykologer samt ha en jämnare geografisk spridning. Översynen omfattade även tidiga psykologinsatser till blivande föräldrar samt konsultationsverksamheten till BVC och BMM. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i februari 2020 att verksamheter med ovanstående innehåll skulle upphandlas enligt lag om offentlig upphandling.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Under tidigare tilläggsuppdrag (2014-2021) hade första linjemottagningarna en ojämn geografisk fördelning i länet, vilket bidrog till långa väntetider och försvårade tillgängligheten (CES, 2018). Väntetiden för att komma till första linjen varierade från mindre än en månad till upp till fyra månader. En mindre andel mottagningar hade intagningsstopp. Runt en tredjedel av de intervjuade uppgav att prioriteringar av nybesök gjordes vid förekomst av depression, självskadebeteende, skolfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa och för små barn.

CES genomgång (2018) av samtliga mottagningars kontaktsidor på 1177 visade att det var mycket knapphändig information för de vårdsökande på dessa sidor. Däremot hade flera mottagningar mer information på sina hemsidor, även om det var stor variation på innehållet.

Geografisk tillgänglighet

Inom de flesta kommuner/stadsdelar finns 2022 en eller flera utförare av uppdraget. Inom vissa av de mindre kommunerna/stadsdelarna är det ingen husläkarmottagning som åtagit sig uppdraget. De tillhandahåller uppdraget till befolkningen via en mottagning i en direkt angränsande kommun/stadsdel.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Under tilläggsuppdraget (2014-2021) hade 2,0 procent av befolkningen i aktuell ålder kontakt med första linjen 2016 och 5,5 procent kontakt med BUP (vilket är det omvända förhållandet i jämförelse med andra specialiteter).

Grupper svåra att nå och strategier?

Under tilläggsuppdraget (2014-2021) såg man att områden med högre andel arbetslösa, utrikesfödda eller andel familjer med låg köpkraft hade lägre andel barn och unga i kontakt med första linjeverksamhet. Detta antyder att det finns stora mörkertal av barn i behov av hjälp, vilket även tillgänglig forskning visar (CES, 2018).

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Uppdraget utförs i ett teambaserat arbete.

Kravställd kompetens är:

- 1 samtalsbehandlare (leg. psykolog) med kompetens i psykiatrisk bedömning av utvecklingsrelaterade tillstånd hos barn och unga
- 2 ytterligare samtalsbehandlare (leg. psykolog, leg. psykoterapeut eller leg. hälso- och sjukvårdpersonal/socionom med lägst basutbildning i psykoterapi)
- 1 läkare med kompetens i bedömning och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga

Någon av teamets samtalsbehandlare ska ha minst ett års erfarenhet av behandlingsarbete med barn och ungdomar.

Tidigare utvärdering av tilläggsuppdraget (2014-2021) visade att 96 procent av besök skedde till psykolog, 4 procent till socionom. På enskilda mottagningar med annan personalsammansättning har mellan 20 till 80 procent av besöken skett till socionom (CES, 2018).

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Varje leverantör ska säkerställa kompetens enligt rådande förfrågningsunderlag.

Tillgång till kompetens efter behov?

-

Behandlings- och stödutbud?

Uppdraget omfattar bland annat:

- Stödsamtal, krisstöd och psykopedagogiskt stöd för barn, unga och deras närstående
- psykiatrisk bedömning och psykologisk behandling av barn och unga.
- Möjlighet att erbjuda internetförmädat stöd och behandling genom modulbaserat program.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Samma krav gäller oavsett geografiskt område.

Utvärdering

-

Behandlingsresultat

-

Nöjdhet

-

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

-

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

Registrerar KVÅ-koder. Enligt CES (2018) utvärdering av tilläggsuppdraget (2014-2021) erhöll de flesta barn och unga ingen diagnos vid besök inom första linjen (70 %) vilket enligt de intervjuade beror på att många som söker inte

uppfyller diagnoskriterier. Flertalet intervjuade uppgav att det fanns standardiserade rutiner för när, och med vilka underlag, diagnos ställs. Förutom avsaknad av diagnos var Z-diagnoser (potentiella problem i samband med psykosociala /socioekonomiska förhållanden), ADHD och ångest de vanligaste problemen.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Det nya första linjeuppdraget medför ett tydligare ansvar för lokal samverkan. Alla vårdcentraler som nu är utförare ska hitta samverkansformer med kommunalt finansierade verksamheter och andra relevanta vårdgivare som arbetar på uppdrag av regionen, till exempel BUP.

Under tidigare tilläggsuppdrag (2014-2021) var dokumenterade samverkansrutiner ovanligt för första linjens mottagningar, även om samverkan förekom. Vanligast var samverkan med skola och socialtjänst, mindre vanligt var samverkan med förskola. Medverkan i det lokala BUS-arbetet var inte heller vanligt, enligt de intervjuade. Mindre än hälften av de intervjuade uppgav att de deltog vid utformande av samordnade individuella planer. Samverkan ansågs vara viktigt och att det skulle behövas avsättas särskild tid för detta. Samverkan mellan BUP och första linjemottagningar varierade beroende på geografiskt avstånd mellan verksamheterna. Utvecklingsområden som de intervjuade tog upp var att tydliggöra vilka sökande som ska tas omhand av BUP respektive första linjen. Dialog om vilka patienter som kan hjälpas bäst i första linjens verksamhet är värdefull för att olika aktörer i vårdkedjan ska få ”rätt” patientgrupper (CES, 2018). Återkoppling från första linje till BUP varierade från en vecka till inget svar alls, beroende på vilken verksamhet som mottagit remissen. Mer än hälften av de intervjuade uppgav att det fanns patientgrupper som de upplevde hänvisades runt inom hälso- och sjukvården. Exempel som togs upp var ensamkommande och barn/unga med neuropsykiatrisk diagnos med tilläggsymtom såsom ångest.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

-

Strategier för att möta utmaningarna

-

Behov av nationellt stöd

Bra med tillfällen för erfarenhetsutbyte, till exempel som Första linjenätverket. Inspirationsföreläsningar med goda exempel/webinarium.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Enligt en utvärdering (CES, 2018) syntes inga tydliga tecken till ”avlastning” av BUP i de områden som hade första linjeverksamhet vilket kan tyda på att verksamheterna når olika målgrupper alternativt att icke tillgodosedda vårdbehov föreligger.

Region Västerbotten

Utmärkande för regionen: Västerbotten är Sveriges näst största län till ytan varav en stor del är glesbygd. Det finns två stora kuststäder och 15 kommuner.

Organisation

Primärvården. Länets 38 hälsocentraler/sjukstugor (varav fem privata), Ungdomshälsan samt Mödra- och barnhälsovården utgör första linjen för barn och unga sedan 2010. Ungdomshälsan är mer än en ungdomsmottagning; här arbetar barnmorskor, dietist, kurator, läkare, psykiatrisjuksköterska, psykologer, skolkurator samt socionomer och mottagningen kan till exempel erbjuda samtalsstöd.

2021 öppnade Kontaktcenter barn och unga Psykisk hälsa Västerbotten (en så kallad En väg in) för barn och unga med psykisk ohälsa 6-17 år (utvecklingsarbete för att inkludera barn 0-5 år planeras under 2022).

Kontaktcentret ger rådgivning och gör en första bedömning om vårdnivå samt bokar utifrån bedömningen in patienten till antingen hälsocentral/sjukstuga eller BUP. Patienten/föräldern får den inbokade tiden direkt i telefon från Kontaktcentret. Enheten arbetar länsövergripande och är samfinansierad av primärvårdens hälsocentraler/sjukstugor och BUP. Organisatoriskt ligger kontaktcentret inom primärvården. Även remisser från skola, utomlänsmisser samt elektroniska remisser (EDI) mellan vårdnivåer går via kontaktcentret.

Huvudsakliga argument för val av modell

Primärvården är den vårdenhet där du först söker vård oavsett om det handlar om somatiska eller psykiska symtom. Primärvården hade redan uppdraget psykisk hälsa när det gällde vuxna och därmed beslutades att samma skulle gälla för barn. Att första linjen finns på alla hälsocentraler ger närhet, och med ett vårdvalsystem ser beställningen likadan ut.

Ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är ett etablerat sätt för ungdomar att söka hjälp.

Tidigare övervägda eller prövade modeller

2010 infördes första linjen i Västerbottens och reglerades i Beställningen av primärvård. 2014 upprättades ansvarsfördelning mellan första linjen och BUP och remisskrav till BUP infördes. Det innebar att första linjen skulle ta emot

alla barn (med undantag för akut suicid, psykos och akut ätstörning) och efter behandlingsförsök remittera vidare till specialiserad nivå om ej tillräcklig symtomreduktion uppnåts.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Utvecklingsarbete om hur barn 0-5 år kan inkluderas i kontaktcentret blir klar 2022.

För barn 0-5 år sker första kontakt på BVC. Remittering sker därefter till Mödra- och barnhälsovården (MBHV). Målet är att erbjuda en första kontakt till psykolog inom 3 månader när det handlar om en frågeställning gällande misstanke om avvikande utveckling/utredning av de små barnen, och tidigare än så om det är en tydlig frågeställning kring autism och/eller tydliga funktionssvårigheter i både hem och förskolemiljö. Väntetiden för bedömning ligger mellan 3-6 månader, med prioritering på besök inom 1 månad vid psykisk ohälsa hos blivande föräldrar eller psykisk ohälsa hos föräldrar till späda barn. Tidiga tecken på autism och en uttalad samspel-anknytningsproblematik är exempel på frågeställningar som bedöms som mer brådskande (uppskattningsvis bedömning inom 2 månader) än generellt föräldrastöd och psykologutredningar med en bredare frågeställning.

MBHV är en läns gemensam verksamhet med tre enheter och samma chef, vilket ökar förutsättningarna för jämlika insatser.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Målet är att erbjuda medicinsk bedömning inom 3 dagar, därefter ska besök (räknas enligt väntetidsmätningarna som återbesök) till primärvård erbjudas inom 14 dagar och nybesök till BUP inom 30 dagar. Tillgängligheten mäts via första medicinsk bedömning på Kontaktcentret.

Tillgängligheten till medicinsk bedömning i första linjen är god och har mer än fördubblats sedan Kontaktcentret inrättades (från 35 till 71 procent inom 3 dagar, 2020 jämfört med 2021). NPF-remisser från skolan inkommer som pappersremisser, och då har redan 3 dagar passerat sedan beslut om remiss, vilket innebär att tillgänglighet 100% är omöjlig att uppnå.

Efter bedömning och triagering uppnås målet med 14 dagar till besök på hälsocentral/sjukstuga i stor utsträckning i hela länet.

Väntetiden till specialiserad vård för barn och unga med psykisk ohälsa i Västerbotten är mycket lång. Därför tenderar första linjen att fortsätta behandla barnet till dess familjen fått komma på ett första besök till BUP, med konsekvensen att patienter med behov av första linjen får stå tillbaka eller vänta på vård.

Ungdomar kan självständigt söka till Ungdomshälsan/ungdomsmottottagningen eller Kontaktcenter. Ungdomshälsans väntetider till första fysiska besök är ca 2-4 veckor. Digitala besök via en app kan erbjudas varje vecka.

Geografisk tillgänglighet

Kontaktcentret är 'en väg in' för hela länet och erbjuder även digitala föräldrargrupper till hela Västerbotten för att skapa en mer jämlik vård.

Även i den minsta kommunen (Bjurholm med ca 1400 medborgare) finns en hälsocentral men resurser, kompetens och utbud ser olika ut på de 38 hälsocentralerna.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

4% av målgruppen sökte kontakt med hälso- och sjukvården under 2021.

Grupper svåra att nå och strategier?

- Barn och unga med problematisk skolfrånvaro, både för skolans elevhälsa, vården (första linjen och BUP) och socialtjänsten.
- Ej svensktalande och/eller annan kulturell bakgrund.

I Västerbotten försöker verksamheten att nå dessa grupper genom gemensam strukturerad samverkan i första linjen, Hälsa Lärande Trygghet (HLT), se Samverkan med andra verksamheter.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Oavsett profession bör de som arbetar med psykisk ohälsa ha bred kompetens att bedöma och behandla psykisk ohälsa. Möjligheten att arbeta i

tvärprofessionella team skapar högre kompetens och kompetenshöjning över tid.

Beställningen reglerar att personalen som arbetar med psykisk ohälsa ska ha minst grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1). Det finns inte krav på specifika professioner utan är upp till varje hälsocentral. Därav kan kompetensen variera mellan enheter. På vissa större hälsocentraler finns psykosociala team bestående av flera professioner, till exempel kurator, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast, psykiatrisjuksköterska. På andra mindre hälsocentraler kan det finnas någon av nämnda professioner som arbetar med psykisk ohälsa, inte sällan på deltid. På kontaktcentret arbetar psykologer, kuratorer och psykiatrisjuksköterska.

Somatisk kompetens finns hos första linjen eftersom den finns på en hälsocentral/vårdcentral.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

På många enheter i första linjen saknas resurser och kompetens eftersom det är svårt att rekrytera personal och behoven är stora i första linjen. Öppnandet av kontaktcentret har säkerställt en jämlig bedömning och erbjuder från 2022 även digitala föräldragrupper.

En hel del av primärvårdens statsbidrag för psykisk ohälsa har gått till kompetenshöjning, till exempel till steg 1-utbildning, C-GAS, BCFPI, och Deptyftet. Alla medarbetare kan inte ges möjlighet att delta eftersom de inte kan avvaras i verksamheten.

Behandlings- och stödutbud?

Individuell behandling, föräldrastöd, psykoedukation, samverkan i HLT, grupperapi på vissa ställen.

Likvärdigt utbud i det geografiska området?

Nej. Eftersom det är upp till var och en av hälsocentralerna att avgöra vilken personal som behövs för uppdraget så erbjuds inte samma utbud. Resurser och kompetens för jämlig behandling saknas.

Öppnandet av kontaktcentret har säkerställt en jämlig medicinsk bedömning genom ett kvalificerat telefonbesök av personal med särskild utbildning i bedömning och triagering med instrument som BCFPI och C-GAS.

HLT-samverkan finns i alla 15 kommuner, och digitala föräldragrupper erbjuds länsövergripande.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Symtomreduktion och funktionsnivå följs inte upp systematiskt eller aggregerat.

Ofta erbjuds psykoedukation, vars effekt är svåratt.

Primärvården har inte tradition att följa upp samtliga resultat och det saknas automatiserade verktyg för det.

Ett år efter genomförd bedömning skickas automatiskt ett uppföljande BCFPI-formulär ut till patient/vårdnadshavare. Om patienten ej har kontakt med vården vid denna tidpunkt och resultatet av skattningen visar försämrat mående, skickar Kontaktcentret ut ett brev med uppmaning att ta kontakt med Kontaktcentret för att få förnyad kontakt med hälso- och sjukvården.

Det saknas i nuläget plan för hur data ska bearbetas på aggregerad nivå.

Nöjdhet

Ej mätt.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

I HLT-samverkan och vid individuell kontakt läggs stor vikt vid en fungerande skolsituation.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Beslut, verktyg och funktioner för att mäta och samla resultat på övergripande nivå saknas.

Diagnoskoder

Åtgärds-koder används och är ett krav för att kunna signera en anteckning.

Samarbete med andra verksamheter

Första linjen har en välfungerande samverkan med socialtjänst och förskola/skola/elevhälsa för barn 0-16 år i samtliga 15 kommuner. Sedan 10 år (Psykprojektet, SKR) används en strukturerad samverkansmodell kallad HLT,

Hälsa (hälso- och sjukvård), Lärande (förskola/skola/elevhälsa) och Trygghet (socialtjänst). Teamen arbetar tvärprofessionellt och träffas kontinuerligt. Föräldrar och barn görs delaktiga genom SIP för att tillsammans planera för vilka insatser som tillsammans möter barnets och familjens behov. Modellen är förankrad på politisk- och tjänstemannanivå och cirka 50 HLT-team finns i Västerbotten.

Det finns en styrgrupp för BUP-Primärvård som samverkar kring gemensamma frågor. Gällande kontaktcentret sker samverkan i en styrgrupp och verksamheten samfinansieras. Samarbete och samverkan behöver bli mer omfattande och planer finns för till exempel gemensamma vårdprogram.

För övergång till vuxenverksamhet finns arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri och upprättade remissvägar.

Med barnmedicin finns inga särskilda avtal eller överenskommelser men remissvägar.

Till habilitering förekommer gemensamma besök när det blir bäst för patienten. Habiliteringen kan också bjudas med vid HLT och SIP om patienten redan är aktuell på habiliteringen.

Ungdomsmottagningen tar inte emot remisser och vi har inga formella styrgrupper som reglerar samverkan men däremot dialog.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

Det är en utmaning att säkra jämlika insatser.

- Första linjen ska finnas på alla enheter och i de små kommunerna finns det små resurser utifrån ett litet patientunderlag vilket innebär att både resurser och kompetens ser mycket olika ut på varje enhet.
- Beställningen är inte så precis utan mer generell och i stora drag, vilket innebär att det blir upp till varje chef att resurssätta uppdraget för första linjen på sin enhet.
- Många chefer för dessa 38 enheter – innebär stora skillnader och svårt att få till något enhetligt för barn och unga i Västerbotten.
- Det finns inga möjligheter att utvärdera insatser i vården som det är nu eftersom alla gör olika.

Strategier för att möta utmaningarna

- Kontaktcenter erbjuder digitala föräldrautbildningar som en första linjeinsats i hela Västerbotten. Detta är ett sätt att skapa jämlikhet och tillgängliggöra dessa insatser för vanligt förekommande symtom/diagnoser. Planerad utvärdering maj 2022.
- I och med kontaktcentret har tillgängligheten ökat markant och det har blivit en avsevärd förbättring mot mer jämlik bedömning.

Behov av nationellt stöd

Det nationella stödet av SKR och dess första linjenätverk är ovärderligt. Samordningen behövs för att få det likvärdigt i landet och att hjälpa varandra med goda idéer. Vissa regioner har stora resurser för utvecklingsfrågor och basuppdraget och andra har knappa.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Första linjen har funnits många år utan att uppnå en enhetlig och jämlik vård, kanske beroende på många enheter och olika chefer. Att centralisera vissa delar (till exempel kontaktcenter) kan göra det enklare att erbjuda jämlikhet i länet och följa upp verksamheten.

Västra Götalandsregionen

Organisation

Inom vårdval vårdcentral har samtliga privata och regiondrivna vårdcentraler (cirka 208 stycken) uppdrag att erbjuda en första bedömning och insats, från råd om egenvård, via assisterad självhjälp, till individuella behandlingsinsatser. Vårdval vårdcentral (2009) kompletterades i januari 2022 med ett tilläggsuppdrag, *Ungas psykiska hälsa, UPH*. I dagsläget har 18 enheter tilläggsuppdraget och fler startar under våren 2022 förutsatt att de uppfyller ansökningskraven ("Krav- och kvalitetboken vårdval vårdcentral 2022–2023").

Vårdcentraler med tilläggsuppdrag har utöver grunduppdraget särskilt uppdrag att erbjuda med samlad fördjupad kompetens för bedömning och behandling, gruppterapi och internetförmedlade insatser, samt att erbjuda konsultation till vårdgrannar och samverkansparter. De tar emot patienter utan remiss och utan krav på att patienten ska vara listad på den vårdcentral som har tilläggsuppdraget. Verksamheten ska i huvudsak ske på en mottagning. Vid behov ska behandlingsinsatser i bostaden, i skola eller närmiljö erbjudas. Digitala kontakter ska erbjudas av UPH utifrån behov, både för patienter och för samverkan.

Mottagningarna ska aktivt uppsöka, knyta kontakter, samarbeta i samverkansstrukturer/forum inom sitt geografiska samverkansområde med övrig primärvård, vårdgrannar och samverkansparter. UPH-mottagningar ska samverka med berörda verksamheter utanför samverkansområdet när det är behövligt för barnet eller ungdomen.

Huvudsakliga argument för val av modell

Att vården ska finnas geografiskt nära barnen och erbjuda ett jämlikt utbud i hela regionen.

En regional utredning (2016) menade att primärvården utifrån sin närhet till befolkningen och sin grund i allmänmedicinen är den naturliga första insatsen för barn och unga att vända sig till för behandling vid lindrig psykisk ohälsa. Utredningen lyfte fram att kliniker behöver ha tillräcklig volym av patienter för att kunna bli bra på det man gör och att det krävs ett tillräckligt stort patientunderlag för att kunna erbjuda gruppbehandlingar. Ett första linjeuppdrag skulle kräva resurs- och kompetensförstärkning. Parallellt arbetades det fram en

regional medicinsk riktlinje avseende ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. Utredningen föreslog att vårdcentraler skulle ges ett tilläggsuppdrag att ta hand om barn och unga 6-18 år med psykisk ohälsa, som blev till pilotprojektet för UPH. Tilläggsuppdraget arbetades fram under ett pilotprojekt (2017-2021) med 16 vårdcentraler.

Tidigare övervägda eller prövade modeller

Samtliga vårdcentraler hade tidigare samma första linjeuppdrag, men alla lyckades inte erbjuda insatser för att tillgodose behoven hos målgruppen.

Under 2018 färdigställdes en utredning av vårdcentraler som inte hade tilläggsuppdrag där man konstaterade att besöksfrekvensen för barn och unga 6-18 år hos leg. psykolog, leg. psykoterapeut och kurator på vårdcentraler utan tilläggsuppdrag fortsatt var anmärkningsvärt låg.

Under pilotprojektet (2017-2021) prövades en modell med så kallade noder och satellitmottagningar (2018-2019). Vårdcentralerna med tilläggsuppdrag skulle utgöra noder för omhändertagande och skulle utöver arbetet på den egna vårdcentralen arbeta konsultativt mot vårdcentraler utan tilläggsuppdrag (satellitmottagningar). Nod- och satellitmodellen fungerade inte som önskat, delvis beroende på svårigheter att rekrytera personal och utmaningar med att implementera nya arbetssätt. Otydligheter i modellen med noder och satelliter, vad gäller roller och uppdrag, kan vara en av orsakerna till att flertalet samarbeten avbröts. I de samarbeten där man gemensamt lyckas hitta samarbetsformer mellan nod och satellit har samarbete kvarstått över tid.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Pågående projekt ”En första linje för barn 0–5 år i VGR”. Vårdutbudet och det behandlade uppdraget för psykisk ohälsa på primärvårdsnivå har varit otydligt. Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i VGR (P-MBHV) har därför tilldelats statsbidrag för att i ett pilotprojekt ta fram förslag på en modell för en ”första linje” för de yngre barnen med psykisk ohälsa. Projektet påbörjades 2021 med formandet av en projektorganisation samt kartläggning av första linjeinsatser för barn under 6 års ålder i landet. Planering, genomförande och utvärdering av modellen kommer ske under 2022 och 2023.

Tillgänglighet och dimensionering

Utgångspunkten för beräkningen är barn 6-17 år boende i Västra Götalandsregionen som haft kontakt med vårdcentral med tilläggsuppdrag.

Tillgänglighet mäts via väntetider i vården men man har mycket stora svårigheter att få in data via journalsystemen. Eftersom alla (cirka 208) vårdcentraler har ett uppdrag att erbjuda en första bedömning och insats ger mätningen inte en total bild av tillgängligheten till första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa i Västra Götalandsregionen.

Inom pilotprojektet (2017-2019) fick 20 procent av de som sökt och fått ett vårdbesök detta inom sju dagar. Den genomsnittliga väntetiden för patienterna var 16 dagar. Vissa mottagningar har pausat nybesök vid högt söktryck medan andra valt att fortsätta ta emot nybesök med konsekvensen av längre registrerade väntetider.

Geografisk tillgänglighet

De 16 enheterna under projektiden har varit geografiskt spridda, men ojämnt fördelade sett till hela regionen. Antalet enheter har heller inte varit tillräckligt dimensionerat i förhållande till söktryck och invånarunderlag. Av regionens 49 kommuner har dock samtliga haft barn och/eller ungdomar, som besökt vårdcentral med tilläggsuppdrag under projektiden.

Vid införande av permanenta tilläggsuppdrag (Ungas psykiska hälsa, UPH) har man försökt uppmuntra större geografisk spridning genom särskild ersättning för geografi för att ge bättre förutsättningar för vårdcentraler att verka på mindre orter. Ytterligare insatser för att öka geografisk spridning är införandet av samverksamområden för enheterna. Dessa områden syftar till att tydliggöra uppdragets omfattning. Samverkansområdena är anpassade till regionens olika geografiska förutsättningar.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Genomsnittet för kommunerna är att 4 procent av barn och unga har besökt en vårdcentral med tilläggsuppdrag med anledning av psykiska besvär, men det skiljer mycket mellan kommuner. Geografisk närhet till en vårdcentral med tilläggsuppdrag har betydelse, då merparten av de barn och ungdomar som fått vård bor i en kommun med en vårdcentral med tilläggsuppdrag eller i dess

närhet (andelen besökande är lågt i kommuner som ligger i norra Bohuslän, Dalsland och delar av Skaraborg).

Det finns behov av fler enheter är de som deltagit i pilotprojektet. De väntas bli fler i och med breddinförandet av tilläggsuppdraget.

Grupper svåra att nå och strategier?

Vissa grupper är svåra att nå, till exempel på grund av stigma, kultur- och språkbarriärer. I socioekonomiskt belastade områden finns anledning att tro att de boende är underrepresenterade i besöksstatistiken för pilotprojektet. Under projekttiden har denna problematik lyfts kontinuerligt och man har arbetat med utbildningsinsatser till verksamheterna och uppmanat dem att anpassa kommunikation och uppsökande arbete. Informationsmaterial om verksamheterna och psykoedukativt material om psykisk ohälsa och olika tillstånd har översatts till flera språk.

Skrivningar i krav- och kvalitetsboken kring ansvaret för samverkan och uppsökande verksamhet för vårdcentraler har tydliggjorts och stärkts för tilläggsuppdraget för ungas psykiska hälsa, UPH (2022).

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

I och med tilläggsuppdraget (2022) finns möjlighet att driva olika stora enheter (liten, mellan, stor). Det är samma minibemanning (4,5 tjänstefaktorer) men för de som väljer att driva en större enhet är ersättningsmodellen anpassad för att ge förutsättning att vara fler anställda. Enligt utvärderingar under projekttiden såg man att 3,5 tjänster var för litet och att 4,5 fungerat och gett stabilitet för att kunna hålla i grupper som kräver två behandlare och samtidigt kunna hålla igång annan verksamhet, såsom telefon och bedömningar, samt inte blivit lika sårbar för exempelvis sjukfrånvaro och tjänstledigheter.

Grundkrav för de kliniska tjänsterna på UPH-enheter är legitimerad grundprofession inom hälso- och sjukvård/socionom, KBT-kompetens och minst ett års klinisk erfarenhet av arbete med barn och unga med psykisk ohälsa. Enheterna ska bemannas av minst två legitimerade psykologer alternativt en legitimerad psykolog och en legitimerad psykoterapeut samt en legitimerad hälso- och sjukvårdskurator/socionom.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Samarbete sker med listad vårdcentral där allmänmedicinsk kompetens finns. Vid behov används även UPH:s läkarresurs för konsultation och bedömning.

Under projektfasen har en större andel av psykologer varit verksamma; vid införande i ordinarie drift kan övrig sjukvårdspersonal anställas i högre utsträckning. Under pilotprojektet (2017-2019) har vårdcentralerna haft olika förutsättningar i att rekrytera personal, och i synnerhet att rekrytera psykologer. Vårdcentraler i eller intill större städer som Göteborg har haft betydligt lättare att tillsätta sina tjänster med rätt kompetens än vårdcentraler som är belägna på landsbygden.

Enheter med tilläggsuppdrag har specifik kompetens som också ska vara en resurs i ett specificerat geografiskt upptagningsområde där alla samverkansparter ska kunna ta del av kompetensen. De ska vara konsultativa, samarbeta, bidra till kunskapsutveckling och erbjuda klinisk behandling.

Kostnadsfria utbildningar har och kommer att erbjudas, bland annat introduktionsutbildning, Cool kids, ABC, MINI kid, 7.5 hp utvecklingspsykiatri.

Tillgång till kompetens efter behov?

Det finns ett stort utbildningsbehov. Västra Götalandsregionen har beslutat om ett treårigt implementeringsstöd för införandet av UPH-modellen där kompetensutveckling och utbildningsinsatser är en del i stödet.

Behandlings- och stödutbud?

Vårdcentraler med tilläggsuppdrag Ungas psykiska hälsa ska ge planerad vård i form av rådgivning, bedömning, diagnostik och behandling. Bedömning ska göras av legitimerad personal. Verksamheten ska i huvudsak ske på mottagning men kan erbjudas i patientens närmiljö utifrån behov inom upptagningsområdet för respektive UPH. Behandling kan ges enskilt eller i grupp av hela eller delar av UPH-teamet. Gruppbaseade psykoedukativa insatser ska kunna erbjudas till barn/unga och vårdnadshavare samt gruppbehandling till barn/unga och vårdnadshavare. Digitala kontakter ska erbjudas utifrån behov, både för patienter och för samverkan. Mottagningarna ska erbjuda Ångesthjälpen ung (Internetförmiddad kognitiv beteendeterapi, iKBT). Konsultation och handledning ska kunna ges till övrig primärvård, vårdgrannar och

samverkansparter, till exempel elevhälsan, ungdomsmottagningar och socialtjänst. Samverkan ska ske för att säkerställa att patienter utifrån behov ges vård och behandling av andra professioner, exempelvis läkare, arbetsterapeut, och fysioterapeut på patientens valda vårdvalsenheter.

Behandlingsinsatserna utförs av hela/delar av teamet och ska pågå till UPH bedömer att behovet kan tillgodoses inom ordinarie verksamhet. Det innebär att UPH erbjuder en avgränsad insats där patienten hänvisas till listad vårdcentral när behovet av UPH:s specifika insatser inte längre behövs, till exempel gruppbehandling eller iKBT. Modellen bygger på en tillämpning av stegvis vård. Att UPH ska hänvisa tillbaka till listad vårdcentral bygger på målet att stärka alla vårdcentralers möjligheter att ge insatser och stöd till sina patienter och stå för kontinuitet och nära vård.

Under pilotprojektet (2017-2019) har ”Information/rådgivning per telefon med anhöriga” (KVÅ) utgjort var fjärde och därmed den vanligaste vårdinsatsen, följt av ”Systematisk psykologisk behandling med KBT” och därefter ”Information och rådgivning med företrädare för patienten”. I en enkät uppgav cirka 80 procent av vårdnadshavare att deras barn fått individuell behandling, 20 procent gruppbehandling, färre än 5 procent behandling via internet. 90 procent av anhöriga angav att de också fått del av insatser.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Under pilotprojektet har den geografiska fördelningen inte varit styrd, vilket medfört för långa geografiska avstånd. I samband med övergången till ordinarie drift har samverkansområden (namngivna kommuner enligt Krav- och kvalitetsbok för vårdval vårdcentral) utgångspunkt i geografisk närhet och man har tagit hänsyn till faktorer som påverkar tillgänglighet så som kollektivtrafik.

Utvärdering

Resultat mäts inte på individnivå på primärvårdsnivå i VGR. Det går att se typ av insatser och diagnoser men inte resultat.

Under pilotprojektet har ingångsenkät och avslutningsenkät samlats in men inte med koppling för en och samma individ. Frågorna har handlat om nöjdhet, tillgänglighet, typ av insats och en mätning av symtom före och efter behandling.

Vårdcentraler med tilläggsuppdrag kommer att följas i reguljär årsuppföljning.

Internet-KBT registreras i SibeR (Ångesthjälpen ung), det finns inget annat kvalitetsregister för psykisk hälsa på första linjenivå för barn och unga.

Behandlingsresultat

Data finns enbart för ungdomar som erhållit iKBT och finns registrerade i SibeR.

Under pilotprojektet (2017-2019) uppgav ca 70 procent av barn respektive anhöriga att vården tillgodosett barnets behov ”helt och hållet” och ca 30 procent ”delvis”. Under 5 procent angav att barnets behov inte blivit tillgodosett. Var fjärde anhörig har vid en uppföljande enkät 2019 (i snitt 5 månader efter avslutad behandling) uppgett att de sökt hjälp igen hos någon verksamhet.

Nöjdhet

Under pilotprojektet har 81 procent av anhöriga respektive 72 procent av barnen uppgett att de tycker behandlingen varit ”Utmärkt” eller ”Mycket bra”. Fyra procent av anhöriga respektive fem procent av barnen har angett att behandlingen varit ”Någorlunda” eller ”Dålig”. Cirka 90 procent av anhöriga respektive barnen skulle ”rekommendera vårdcentralen till andra barn och ungdomar med liknande problem”.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Under pilotprojektet har samverkan registrerats med KVÅ-kod (samverkan med företrädare från skola) och kommer göra så även fortsättningsvis. Alla enheter har arbetat med elever med problematisk skolfrånvaro. Skolsituationen vid behandlingsavslut har inte följts upp specifikt eller registrerats.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

Registreras.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Samarbete sker med listad vårdcentral där allmänmedicinsk kompetens finns. Vid behov används även UPH:s läkarresurs för konsultation och bedömning.

Under pilotprojektet (2017-2019) ingick samtliga vårdcentraler i projektet i lokala vårdssamverkansgrupper i sina respektive områden. En vårdcentral ingick i en specifik och nära samverkansmodell i vårdssamverkansområdet ("SIMBA"), där ett så kallat SIMBA-team med representanter från elevhälsa, socialtjänst och primärvård träffats en gång per vecka och där kunnat aktualisera patienter. Den här samverkansmodellen sticker ut med en markant procentuellt högre andel barn/ungdomar som haft kontakt med UPH än för övriga regionen. I utvärderingen fann man att denna form av samverkan inte är möjlig inom ramen för UPH-uppdraget då det i hög utsträckning enbart var barn/ungdomar från en kommun inom samverkansområdet som fick tillgång till UPH-enhetens insatser. UPH-modellen bygger på att man behöver samverka med alla kommuner (skolor/elevhälsa, vårdcentraler etc.) inom sitt område för att verka för bättre geografisk spridning och mer jämlikt utbud.

Samarbete med socialtjänst och skola ingår i första linjeavtalet. UPH-enheterna ska aktivt verka för ett nära samarbete med övrig primärvård, vårdgrannar och samverkansparter, till exempel skolhälsovård/elevhälsa, andra UPH-enheter, ungdomsmottagningar, socialtjänst, barnmedicinska mottagningar och barn- och ungdomspsykiatri. Uppdraget ska utföras i samverkan med alla vårdcentraler som är verksamma inom aktuellt samverkansområde.

KVÅ-samverkanskoder kommer användas och generell samverkansuppföljning görs genom intervju med vårdcentralerna. Samverkan ur socialtjänstens och skolans perspektiv kommer inte att följas upp.

Samverkan med skola respektive socialtjänst sker genom lokala och delregionala överenskommelser kring SIP och samverkan (*Vårdssamverkan i Västra Götaland*).

Samverkan med BUP utgår från en gemensam regional ansvarsfördelning (*Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri*).

Sedan hösten 2021 arbetar primärvården tillsammans med BUP i processen att öppna ett gemensamt kontaktcenter (En väg in). I detta arbete har det tagits fram triageringsdokument och remissmallar.

För övergång till vuxenverksamhet finns lokala och delregionala överenskommelser.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Geografi och kompetensförsörjning. Inramningen med vårdval vårdcentral (över 200 vårdcentraler) innebär en stor organisation och skiftande regionala förutsättningar. Kompetensförsörjning är en utmaning i hela regionen, särskilt på landsbygden.

Strategier för att möta utmaningarna

Att svårrekryterade professioner kan arbeta delvis på distans.

Att kunna erbjuda invånarna digitala vårdkontakter för att minska resande.

Lättillgängliga, återkommande och kostnadsfria digitala utbildningar till primärvårdens medarbetare.

En ersättningsmodell som ger extra geografisk ersättning.

Behov av nationellt stöd

Bra med nätverk för erfarenhetsutbyte.

Stöd i att utveckla en nationell sida på 1177.se eller annan plattform med stöd, information, material, filmer med mera för alla barn i Sverige varifrån man sedan kan länka till varje region. Vore även bra med en nationell plattform för behandlare.

Vidareutveckla nationella vård- och insatsprogram (VIP) med fler diagnoser och mer material, skattningar, information.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Barn, unga och vårdnadshavare har varit nöjda med närheten och tillgängligheten. Därför ska uppdraget även fortsättningsvis ligga inom primärvården kopplat till vårdcentralerna.

Invånarna har uppskattat att kunna söka vård där det passar familjen bäst. Därför kommer man även fortsättningsvis kunna söka sig till vilken enhet man vill (oberoende av listning).

Ersättningsmodellen ska vara förenlig med flexibla behandlingsinsatser. Därför kommer en fast ersättning tillämpas oberoende av antal eller typ av besök. Utöver det finns ett måltal för antal barn som ska ta emot insatser på ett år.

Delat huvudmannaskap

Region Dalarna

Organisation

Alla primärvårdsverksamheter har en grundläggande bedömningsfunktion.

Samtalsmottagningar för barn och unga (SBU) 0–17 år finns inom primärvården. På vissa orter ligger SBU på vårdcentralen och på andra utanför. Därutöver har vissa ungdomsmottagningar ett första linjeuppdrag. Gränserna mellan SBU och BUP är inte statiska och inte alltid enkla att dra. Barnet/den unges hela situation måste alltid beaktas och samarbete med andra aktörer behövs.

Ungdomsmottagningarna har ett delat huvudmannaskap mellan region och kommun. Medarbetare som ger KBT-behandling är regionanställda. Bemanningen ser inte likadan ut på alla mottagningar.

Arbete pågår med att utveckla en så kallad Sammanhållen ungdomshälsa för åldrarna 13 till 24 år för att bevara och förbättra den fysiska, psykiska, sociala och sexuella hälsan hos ungdomar. Ungdomshälsan ska bygga på nära samverkan (helst samlokalisering) mellan ungdomsmottagning, primärvård (samtalsbehandlare, läkare, m.fl.) samt delar av elevhälsa och socialtjänst, jämförbart med Familjecentralernas uppdrag och organisering. Ungdomshälsan ska erbjuda hälsofrämjande-, förebyggande- och första linjeinsatser, inklusive viss provtagning och läkemedelsbehandling (insatser som kräver en fullvärdig vårdcentral utrustning). I arbetet i Dalarna inkluderas allt oftare också annan ohälsa än psykisk i första linjebegreppet; inte sällan visar sig psykisk ohälsa hos barn och unga i form av kroppsliga symtom. Ett helhetsperspektiv på barn och ungas hälsa är viktigt.

Huvudsakliga argument för val av modell

Regionen och kommunen går tydligt mot att stärka samverkan och samordning på bas- och första linjens nivå.

Bakgrunden till skapandet av SBU är den ökande psykiska ohälsan och uppfattningen om behov av samordning och att insatser i första hand bör ges i

närmiljö (utvecklingen mot primärvårdspsykiatri). Så långt det är möjligt ska vård och stöd till barn och ungdomar med psykisk ohälsa ges inom primärvård och kommun i nära samarbete med skola och föräldrar. Samtalsterapeutiskt stöd- och behandlingsarbete ansågs genom hög tillgänglighet och en låg tröskel kunna förebygga svårare sjukdom och därmed minska behandlingstiderna.

Samverkan med kommunens skola, elevhälsa, barnomsorg samt socialtjänstens rådgivande och stödjande funktion är centralt för att kunna ge samordnade tidiga insatser ur ett helhetsperspektiv på barnets hälsa och med barnet i centrum. Kommunens del kan också förhindra en ”psykiatisering” av påfrestningar i livet, där andra tidiga insatser än hälso- och sjukvårdens är centrala.

För små barn finns familjecentraler. För ungdomar såg man möjligheten att utveckla ungdomsmottagningarnas koncept till sammanhållen ungdomshälsa. Samordning i tvärprofessionella team över huvudmannaskapsgränser minskar risken för stuprör, parallella insatser och att barn bollas runt samt höjer kvaliteten genom samlad kompetens. Båda kommer vara verksamheter med två huvudmän som samverkar och samordnar sig i gemensam lokal. För barn i nedre skolåldern, 6–12 år, vill man utveckla motsvarande samverkan med en sammanhållen ”barnhälsa” som fysiskt är mer skol/elevhälsobaserad.

Ungdomshälsan är inspirerad av Ungdomshälsan i Umeå, erfarenheter från Skottland och andra modeller och idéer för ”En dörr in”, samt SKR:s utvecklingsarbeten och är i linje med regionens strategidokument, den nationella strategin och omställningen mot nära vård. Ungdomshälsan ska arbeta för en god hälsa och se till hela människan. Samverkan möjliggör tvärprofessionella teambaserade insatser av hög kvalitet nära ungdomarna och förhindrar att ungdomar bollas runt. Ungdomshälsan ska liksom dagens ungdomsmottagning även fortsatt arbeta främjande och förebyggande (till exempel med utåtriktat arbete i form studiebesök, klassbesök, delta i olika relevanta forum för att träffa ungdomar, låg tröskel, hög tillgänglighet, komma in tidigt och se till hela människan).

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Mödra- och barnhälsovården ska identifiera risk för- och psykisk ohälsa och ge insatser i samverkan med andra aktörer. Familjecentraler finns i ungefär hälften

av länets kommuner. Förebyggande insatser kan vara; stödsamtal, information och rådgivning, föräldrastöd individuellt och i grupp, utåtriktat uppsökande arbete, stöd till barn, gravida och föräldrar med särskilt behov/riskfamiljer och samspelsbehandling. Även SBU erbjuder i vissa fall föräldrastödsamtal.

Regionen har nyligen breddinfört ett beforskat frågeformulär, Barnsäkert (SEEK), för att screena föräldrar för diverse olika riskområden som kan påverka barnet; psykisk ohälsa, ekonomi, våld i nära relation med mera. I metoden ingår även verktyg kring hur den uppkomna situationen ska hanteras. De flesta som fångas upp i formuläret stannar inom primärvården, och kanske främst inom barnhälsovården.

I ett par kommuner finns Barnhälsoteam, ett konsultationsteam som består av BHV-sjuksköterska, barnläkare, MBHV-psykolog, förskolechef samt chefer från vardera habilitering och BUP för samverkan kring barn över 2-3 års ålder med diffusa symptom där remissinstans inte är uppenbar.

Specialistbarnhälsovården är en länsövergripande mottagning som är en del av primärvården och består av BHV-sjuksköterska och MBHV-psykolog som tillsammans har tät kontakt under en kortare period med föräldrar för bedömning av barn upp till 3 års ålder samt föräldrastöd inklusive hembesök. Till teamet hör även barnläkare som undersöker barnet vid indikation, samt ett konsultationsteam bestående av tidigare nämnda personer samt personal från habilitering, BUP/familjeterapienhet, logoped och dietist.

Barnhälsovårdens största utmaning är samverkan med kommunala verksamheter och specialistvård kring dessa familjer, samt ett underskott av MBHV-psykologer.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Tillgänglighet ej kvantifierad, men upplevs som förhållandevis god generellt även om man ”inte kan ta emot alla överallt”. Arbete pågår för att på ett rättvisande sätt kunna rapportera tillgänglighet till SKR.

(Ungdomsmottagningarnas första linje tillgänglighetsrapporterar, arbete pågår för att tillgänglighetsrapportera SBU:s verksamhet).

Planer finns på att utveckla appen ”Ung i Dalarna” till en digital Ungdomshälsa, vilken kommer ge ökad tillgänglighet.

Geografisk tillgänglighet

Ungdomsmottagningar och SBU finns i samtliga kommuner.

Sämre täckningsgrad i vissa kommuner i länet på grund av svårigheter att rekrytera personal i glesbygd.

Arbete pågår för att öka täckningsgrad genom digitala lösningar (ex. app ”Ung i Dalarna”, digital ungdomsmottagning) och samverkan. Ungdomsmottagning och samtalsmottagningar finns i alla kommuner, med målen om även ungdomshälsa framöver.

Lokalförsörjning kan bli ett hinder för kommande implementering om samlokalisering kommer vara ett krav.

Tillgänglighet?

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

-

Grupper svåra att nå och strategier?

Generellt svårare att nå utrikesfödda, killar, personer med funktionsvariationer och socioekonomiskt svagare grupper. På ungdomsmottagningarna/-hälsorna i några kommuner har projekt pågått (2021) för att nå ut till fler killar, arbeta med machokulturer och destruktiva mansnormer. Samtliga UM är HBTQI-certifierade av RFSL. 2022 planeras extra insatser för att nå och arbeta med unga med funktionsvariationer.

Har utvecklat appen ”Ung i Dalarna” för att unga 13-25 år ska kunna prata med personal via videosamtal i sin smartphone eller surfplatta som komplement till de fysiska mottagningarna.

Kompetens och utbud

Nödvändig och önskvärd kompetens?

För att arbeta med barn och ungas hela situation behövs fler kompetenser än de som finns idag på ungdomsmottagning och samtalsmottagning. Inom ungdomshälsan är det utöver kuratorer, samtalsbehandlare, barnmorskor och läkare önskvärdt med tillgång till eller utökat samarbetet med personal med kunskap om missbruk från kommunernas öppenvård, personal från elevhälsan, fysioterapeut samt arbetsterapeut. Grundkompetens för ungdomshälsans

verksamhet är medicinsk, sexuell och reproduktiv, psykologisk, pedagogisk och social kompetens.

På ungdomsmottagning idag finns (men inte överallt i länet) kuratorer, samtalsbehandlare, psykologer, barnmorskor, undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, läkare, personal från socialtjänstens öppenvård, gynekolog.

På SBU finns psykoterapeuter, samtalsterapeuter, några psykologer, någon socionom.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Arbete pågår med införande av sammanhållen ungdomshälsa (UH) genom ökad samverkan och samordning av gemensamma resurser på bas- och första linjenivå.

Appen ”Ung i Dalarna” är också ett sätt att tillgängliggöra fler kompetenser till fler ungdomar.

Tillgång till kompetens efter behov?

Arbete pågår.

Behandlings- och stödutbud?

Råd- och stödsamtal av olika art (till exempel föräldrarådgivning på samtalsmottagningen, SBU), vägledning, gruppverksamhet, individuella psykologiska behandlingar som exempelvis KBT- behandlingar för ångest, depression, självskadebeteenden, ätstörningar, trauma typ 1. Det förekommer också stödsamtal vid kriser av olika slag.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Nej, arbetar för det.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Arbete pågår för att kunna utbilda i och använda ORS/SRS och My Outcomes för uppföljning och utvärdering. En del samtalsmottagningar (SBU) gör så kallade ”vidmakthållandeplaner” och en del har tidigare använt ”Quality of life”. I programmet Cool kids ingår Arcads.

Fler systematiska utvärderingar behövs och är på gång.

Nöjdhet

En årlig regional enkät för ungdomsmottagningar visar på hög grad av nöjdhet.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Används troligtvis enskilt och lokalt, men inte på något systematiskt och regiongemensamt sätt.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Systematisk utvärdering saknas.

Diagnoskoder

Åtgärds-koder (KVÅ) registreras av ungdomsmottagningarnas regionanställda personal. Samtalsmottagningarna (SBU) registrerar KVÅ-koder och en del mottagningar depressions- och ångestkoder samt åtgärds-koder för KBT, mindfulness med mera. Dialog sker med landets regioner vad gäller ungdomsmottagningens kodning.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Mycket samverkan sker på lokal nivå men ser olika ut i de olika kommunerna. 2022 infördes en ny regional överenskommelse, "Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa" som kommer följas av lokala överenskommelser i samtliga kommuner.

Arbete pågår med att införa en sammanhållen ungdomshälsa.

Utmaningar

Hinder för jämlika och goda första linjeinsatser

Det finns stora skillnader i förutsättningar mellan olika kommuner i Dalarna gällande personaltillgång, ekonomi och organisation. Satsning och resurser behövs för övergripande regionalt stöd för utveckling, jämlikhet och kvalitet gällande första linjeinsatserna till målgruppen 6-25 år.

Strategier för att möta utmaningarna

- Påbörjat arbete med sammanhållen ungdomshälsa. Breddinförande av appen Ung i Dalarna och med fler personalkategorier.
- Samverka mellan mindre kommuner gällande vissa personalkategorier (där underlaget kan vara för litet för att kunna rekrytera egen resurs).
- Identifiera kompetensutvecklingsbehov och samordna utbildnings- och fortbildningsinsatser, liksom handledning och ”internkonsultationer”

Behov av nationellt stöd

- Kodning av problemställningar och insatser.
- Kunskapsstöd och kunskapsstyrning.
- Nationella styrdokument för hälsofrämjande och förebyggande insatser (uppdrag barn, multimodala insatser, samverkan – såsom förslagen i Börja med Barnen, SOU 2021:34 och ett nationellt barnhälsovårdsprogram).
- Nationella hälsodatabaser och kvalitetsregister för förebyggande, främjande och behandlande verksamheter (utveckla och säkra EMQ och BHVQ).
- Sammanhållen/delad dokumentation och informationsöverföring mellan kommun och region.
- Föra dialog om hur omställningen till nära vård ska påverka barnområdet (SOU 2021:34; SOU 2021:78).

Viktigaste erfarenheterna och lärdomarna som ni tar med er i det fortsatta arbetet att utveckla första linjen

Utvecklingsarbete och implementering tar tid för att bli bra. Det är viktigt att ta reda på och följa upp målgruppens behov och önskemål på ett systematiskt sätt.

Att inte slarva med analysen av nuläge, brister och dess orsaker, tydliggörande av målet och hur det nås.

SPECIALISTMODELLER

Specialiserad psykiatri

Region Gotland

Organisation

BUP

Huvudsakliga argument för val av modell

En huvudman.

Kunskapen kring barns och ungas psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Ett tvåårigt projekt genomfördes med helintegrerad mottagning mellan BUP och Familjestödsenheten socialtjänst. Byten till chefer med en mer avgränsad syn på socialtjänstens uppdrag ledde till att projektverksamheten inte fick fortsättning.

Det fanns också svårigheter att dela information mellan verksamheter och de konsekvenser som det medförde i termer av god och säker vård. Exempel på situationer som uppstått:

- Psykiatrisk jourmottagning kan inte ta del av patients första linjejournal eftersom kontakten skett med socialtjänstdelen (därmed får de inte uppgift om behandling, behandlare) och det går inte att lämna information till reguljär behandlingskontakt.
- Hänvisning från vårdcentral till pågående första linjekontakt trots somatiska symtom (trötthet, orkeslöshet).
- Hälso- och sjukvårdskontakt övergår i socialtjänstkontakt och går därefter inte att följa i journal, ej heller om den är pågående eller avslutad.
- Sämre förutsättningar för kontinuitet vid ny eller återupptagen kontakt (till exempel på BUP) om tidigare stöd getts vid första linjens socialtjänst del som inte syns i journalsystem.

- Ökad administration med dubbla administrativa system (hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens) för inbokning/avbokning och återkommande problem med dubbelbokning då man inte hinner blockera tider i båda system samtidigt. Ökad muntlig överföring av information då det inte går att läsa i varandras system.
- BUP missar viktig information om familjen vid fråga om NP-utredning från skolan när de inte kan se tidigare kontakt med första linjen.

Fördelar med helintegrerad mottagning har varit:

- Fler har sökt hjälp tidigt.
- Bättre förutsättningar för stöd och hjälp utifrån individen/familjens behov istället för organisation, se hela människan och familjen.
- Samtidigt råd och stöd och samtalsbehandling från socialtjänst respektive BUP.
- En kontaktväg, familjen behöver inte veta om de ska kontakta BUP eller socialtjänst.
- Hjälpt med samordning vid stöd från flera verksamheter.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

På Gotland är BVC och Socialtjänsten (IFO familjestödsenhet) ansvariga för den åldersgruppen.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

-

Täckningsgrad i det geografiska området?

Möter familjer från hela Gotland på kontor i Visby. Ses digitalt om familjen önskar.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Cirka 7 procent av den unga befolkningen hade telefonkontakt med första linjen 2021, och av dessa gick cirka 75 procent vidare till fysiskt möte.

Grupper svåra att nå och strategier?

Utlandsfödda. Har information på olika språk.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Anser att psykolog, socionom eller likvärdig bakgrund med steg 1-kompetens är nödvändig (familjeterapi och KBT). Önskvärd kompetens är psykiatrijuksköterska, tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut samt läkare på konsultbasis.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Organiserade under BUP ger tillgång till samtliga kompetenser listade ovan utom fysioterapeut och allmänläkare.

Tillgång till kompetens efter behov?

Psykologer är svårrekryterade och samarbete med primärvården är svårt.

Behandlings- och stödutbud?

Erbjuder enskilda samtal, föräldrasamtal, gruppbehandling, familjesamtal och familjeterapi, KBT och gruppbehandling (främst för oro) samt kommunikationsträning.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Lokalerna är i Visby men samtal erbjuds även digitalt, i viss mån även för gruppverksamhet.

Utvärdering

Modellen att ha gemensam mottagning med socialtjänsten har utvärderats. Att vara under BUP har fler fördelar vad gäller journalföring, smidiga övergångar för patient och tillgång till fler professioner.

Behandlingsresultat

Data finns ej för behandlingsresultat. Verksamheten erbjuder bara evidensbaserad behandling.

Nöjdhet

Föräldrar och unga är nöjda med behandlare, lokal och behandling (mätt med ORS, SRS) och bemötande (mätt med CHASE). Ungdomar har ingått i referensgrupp kring utformning av den fysiska miljön.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Flera har stress och oro kopplad till skola samt skolfrånvaro. Data samlas ej.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Data saknas. Hypotes om patienter med medelsvåra depressionssymtom i situationer där föräldrar har svårt att stötta sina barn.

Diagnoskoder

Registrerar faktorer av betydelse för hälsotillståndet (Z-koder) och symptomdiagnoser (R-koder), inte så ofta psykiatriska diagnoser (F-koder).

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Skola hänvisar ofta till första linjen. Vi deltar i skolmöten digitalt. Samverkansmöten på chefsnivå för att främja samarbete sker kontinuerligt.

Regelbundna avstämningsmöten med socialtjänstens individ- och familjeomsorg för att diskutera processer (med familjestödsenhet samt barn- och familjeenheten). Verksamheterna ger gemensamt en gruppbehandling, KOMET.

Samordnare för första linje sitter med i BUP:s ledningsgrupp och är med vid fördelning av ärenden till första linjen och BUP. Det är lätt för första linjen att remittera till BUP och första linjemedarbetare närvarar även på vissa patientsamtal med BUP, såsom vid pågående medicinering på BUP och samtidigt behov av individuella samtal, familjearbete eller gruppbehandling på primärvårdsnivå. Personer med ADHD-medicinering, ångest, depression med mera. Eftersom man har samma journalsystem kan BUP sätta upp ärenden till första linjen. Patienter kan ha pågående kontakt hos både BUP och första linje samtidigt.

Det finns inget tydligt samarbete mellan första linje och primärvård. BUP och vårdcentral har träffar med fokus på samverkan.

Barnmedicin och första linje har ingen skriftlig samverkansrutin men samarbetar med lätthet genom patientjournalen i enskilda ärenden.

Ungdomsmottagningen har inget första linjeuppdrag och remitterar till första linjen och BUP.

Upparbetat samarbete med primärvården vid övergång till vuxen saknas, men samarbete finns med vuxenpsykiatri inom den gemensamma psykiatriorganisationen som också har delad jourverksamhet för barn och vuxna.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

- Att familjer inte hamnar mellan stolarna/glapp eller att vi inte dubbeljobbar
- Att se på helheten och inte delarna
- Ha tydlig beskrivning av uppdrag och att andras uppdrag dockar i väl
- Digitalisering
- Tillgänglighet

Strategier för att möta utmaningarna

Har haft gemensamma utbildningar för personal från skola, socialtjänst och BUP (via Ifous, Innovation, forskning och utveckling i skola och förskola).

Första linjen har uppdragsbeskrivning med triageringsdel, där andra enheter kan använda/se på modellen och fylla i vad de kan erbjuda.

Regionen jobbar för att se hur de kan hjälpa verksamheter att bli mer digitala och tar fram underlag för det.

Strategierna är inte utvärderade. Första linjen utvärderar sitt eget arbetssätt och har kontinuerlig dialog med de angränsande verksamheterna (inget utvärderingsarbete planerat).

Behov av nationellt stöd

Det finns behov av stöd för ett bra och evidensbaserat arbetssätt som ger likvärdiga resultat över landet.

Skulle vara bra om man nationellt hjälptes åt att ta fram styrdokument, och skapade samsyn på diagnoser och behandlingar för första linjenivån.

Det behöver föras kontinuerliga samtal om svårigheter, styrkor och hur vi kan ta oss an dem.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Samverkan är viktigt och ofta personbundet. Till exempel ifrågasattes första linjens upplägg när chefer byttes, vilket ledde till att upplägget byttes. De nya cheferna hade inte varit med historiskt eller vid uppstart och hade därför inte hjärtat i det på samma sätt.

Politik och ekonomi styr. Med olika nämnder som ska samverka gäller det att gemensam inriktning och mål är väl förankrade. Vid digitalisering i en region/kommun där många vill olika saker får en liten enhet svårt att göra sig hörd.

Våga prova nya grepp och var samtidigt beredd på att backa och göra om. Var modig.

Region Gävleborg

Organisation

Första linjen är organiserad inom det gemensamma verksamhetsområdet BUP/Habilitering (med gemensam chef och ledningsgrupp).

Gemensam ”En väg in” (kontaktcenter) med bemanning från både Första linjen och BUP.

Insatser för barn 0-12 år ges av Barn- och familjehälsan (en psykosocial verksamhet för gravida, nyblivna föräldrar, barn och familjer). Insatser för unga 13-17 år ges av Ungdomsmottagning, som utöver första linjeuppdraget har sedvanligt uppdrag upp till 23 år.

Huvudsakliga argument för val av modell

Samma verksamhetsområde, chef och ledningsgrupp som BUP/Habilitering ökar förutsättningarna för att tänka gemensamt kring strategiska frågor och minskar risken för att barn och unga ”bollas” mellan verksamheter.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Tidigare låg första linjen under verksamhetsområde primärvård med egna mottagningar. Utvecklingen började för cirka 15 år sedan, då som ett projekt för barn 6 till 12 år i en stadsdel i Gävle och implementerades sedan över hela länet samt utökades till att gälla 0 till 17 år genom att inlemma enheten för mödra- och barnhälsovårdpsykologer (0-5 år) och Ungdomsmottagning (13-17 år). När första linjen var organiserad inom primärvården förekom ”bollande” av patienter mellan primärvård och specialist och insikt och respekt för varandras uppdrag/område var bristande.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

I Region Gävleborg är de yngre barnen 0-5 år inkluderade i uppdraget för första linjen/Barn- och familjehälsan.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Klarar att hålla tillgänglighetsmålen.

Geografisk tillgänglighet

Barn- och familjehälsa och Ungdomsmottagning har mottagningar i sex av tio kommuner med upptagningsområde hela länet.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Cirka 5 procent av barn/unga 0-17 år var en ny kontakt under 2021.

Behovet har utkristalliserats då verksamheten varit igång relativt länge.

Grupper svåra att nå och strategier?

Det spekuleras om vissa grupper av ungdomar har svårt att ta kontakt via telefon eller 1177.

Det är låg tröskel för att boka tid på mottagningen om ungdom uttrycker önskan, vid exempelvis besök till barnmorska vid ungdomsmottagning eller vid spontanbesök på Barn- och familjehälsan. I realiteten är det dock ett ytterst fåtal som kommer till mottagningen eller bokas in på detta sätt. Samma tillvägagångssätt används för föräldrar med brister i det svenska språket; om man ringer och det inte går att göra en mer omfattande intervju eller om föräldrar dyker upp på mottagningen bokas besök med tolk för att göra vårdbegäran, triagering och bedömning på plats på mottagningen.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Psykolog har basutredningsuppdrag för ålder 0-5 år och måste finnas tillgänglig på alla Barn- och familjehälsor för bedömning och utredning.

Kurator eller psykiatrisjuksköterska med grundläggande terapikompetens ska finnas, gärna båda professioner.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Överlag försöker man rekrytera till alla mottagningar. Visst arbete har utförts av personal vid annan mottagning när det varit brist på t.ex. psykologkompetens för utredningar.

Möjlighet att sitta viss tid på annan mottagning eller hemkontor för att bespara personal resor om det finns arbete som kan utföras på distans (till exempel för att skriva utlåtanden).

Rekrytering av psykologkompetens till de mindre mottagningarna är svårt. Sårbart om/när det bara finns en psykolog. Fokus på att utveckla samarbetet över mottagningarna och hjälpa och stötta varandra.

Tjänstefördelning är i första hand beräknat på befolkningsunderlag med viss kompensation för de större kommunerna där många kommer och går på gymnasiet, och en ganska stor del från annat län som också söker sig och får tid och bedömning på samma sätt som boende i länet.

Behandlings- och stödutbud?

Psykopedagogisk behandling och psykologisk behandling. Arbetsätt som används är digitala filmer, gruppinterventioner, familje-/enskilda samtal (på plats eller via Skype).

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Ja, i och med att det digitala utbudet har ökat kan alla typer av insatser erbjudas till alla.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Ingen strukturerad registrering och uppföljning av (före- och eftermätning) behandlingsutfall generellt. Gjordes längre tillbaka (ca 10 år sen) genom att för- och eftermäta med SDQ, men administrationen var otymplig (pappersenkät) och kunde heller inte sammanställas på ett smidigt sätt (då).

Det finns diskussion om möjligheter till att sammanställa från mätvärden i journal på gruppnivå men ingen lösning vare sig funktionellt eller vilket instrument som skulle lämpa sig.

Nöjdhet

Besökande till mottagningarna svarar på nöjdhetsenkät under ett par veckor varje år. Goda resultat på de mätningarna.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

-

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

I tonårsspannet problematik som utagerande/trots/beteendeproblem (ofta med misstanke om samsjuklighet med (lindrig) ADHD och eller svag begåvning) som inte haft insatser i yngre ålder (där Komet överlag har god effekt). Försöker jobba med hela familjen avseende rutiner, levnadsvanor etc. men det är ofta social problematik involverat och inte så hög funktion hos föräldrarna heller.

Diagnoskoder

Ska sättas diagnoskoder och KVÅ-koder. Följsamheten varierande.

Samarbete med andra verksamheter

Lokal överenskommelse finns med skola avseende SIP där det räcker med region och skola för att initiera och hålla SIP.

Med socialtjänst sker samverkan främst med SIP, men även deltagande på andra typer av samverkan som socialtjänsten bjuder in till (till exempel nätverksträffar).

Nära samarbete med BUP genom konsultationsträffar, gemensamma arbetsgrupper som jobbar med lokala vårdprogram, samarbete och gemensamma utbildningar och samverkansdagar.

Samarbetet med verksamheter för vuxna vid övergångar har utvecklingspotential. Det finns upparbetat samarbete mellan vuxenpsykiatri och Barn- och familjehälsa avseende gravida och nyblivna föräldrar med psykisk ohälsa. Samarbetet mellan hälsocentral, Barn- och familjehälsa och ungdomsmottagning behöver systematiseras och utvecklas (kan ha parallella insatser utan gemensam vårdplanering).

Habiliteringen är även de med i samma verksamhetsområde så det fungerar väl med gemensam ledningsgrupp, gemensamma vårdprogram och rutiner. Med primärvården finns det överenskommelser avseende den somatiska delen/bedömningen, men samarbetet har ibland fungerat sämre då det funnits en otydlighet vad som ska göras somatiskt på vård-/hälsocentralen avseende barn/unga som söker för psykiska besvär. I de nya vårdprogram som skapas och sträcker sig över såväl första linjen som specialistvården är hälsocentralernas uppdrag tydligare definierat och man har varit med i arbetet och "godkänt" de delar man är involverad i.

Ungdomsmottagningarna ingår i första linjen i Region Gävleborg.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

-

Behov av nationellt stöd

-

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Framgångsfaktorer:

- En organisation som främjar nära samarbete mellan vårdnivåer (gemensamt verksamhetsområde och verksamhetschef)
- Gemensam En väg in med bemanning från både Första linjen och BUP
- Att lita till och använda strukturerade metoder. Bra ”verktyg”, såsom rutiner, viktningstabell, C-GAS, BCFPI
- Implementering av standardiserade vårdflöden
- Fokus på vikten av en god livsföring och tidiga insatser (vården, Skola/Elevhälsa och vårdnadshavaren) och därigenom acceptans för att börja arbeta med sömn, kost och rörelse (Psykopedagogisk behandling)
- Ökat fokus på samverkan med skola och socialtjänst (fortfarande ett förbättringsområde men arbete pågår)

Region Halland

Organisation

Driftnämnden Psykiatri organiserar sedan 2020 första linjeverksamheten. Den 1 april 2021 startade både ”En väg in – kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa” (EVIK) samt två mottagningar med tvärprofessionell kompetens, ”Barn och ungas psykiska hälsa” (BUPH), i två noder Kungsbacka och Halmstad.

Huvudsakliga argument för val av modell

BUP bedömdes kunna starta verksamheten snabbt och med bra innehåll. Valet av huvudman kommer utvärderas tre år efter uppstart.

Den nya modellen med En väg in för barn och ungas psykiska ohälsa ska säkerställa ett tillgängligt, säkert, effektivt och jämlikt omhändertagande på rätt vårdnivå.

Tidigare övervägda eller prövade modeller

Tidigare hade Närsjukvården med 49 vårdcentraler (varav hälften i privat regi) första linjeuppdraget. Därutöver fanns ett psykolog/kurator-team med uppdrag att ta hand om barn och unga 6-17 år med medelsvår psykisk ohälsa.

2017-2019 pågick en utredning i Halland (medel från Överenskommelsen Psykisk hälsa) för att ta fram ett förslag till en ny finansierings- och organisationsmodell för första linjen eftersom vissa vårdcentraler ej var bemannade att ta uppdraget barn och unga med psykisk ohälsa vilket medförde en ojämlig vård. Ett gediget arbete gjordes med kartläggning, omvärldsanalys, swot-analys, konsekvensbeskrivning, effektmål etc. Analysen bekräftade bilden av ojämlig vård både vad gäller vårdkvalitet, behandlingsutbud och patientsäkerhet. Det var också svårt för patienter att veta vart den skulle söka, speciellt vid gränsfall. Remisser skickades fram och tillbaka där barn/unga och deras föräldrar kom i kläm. Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott fattade därför beslut 2020 att uppdraget att omhänderta barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa skulle flyttas från Driftnämnden Närsjukvård till Driftnämnden Psykiatri.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Tillgänglighet definieras som andel med första bedömning inom 3 dagar och BCFPI-intervjun vid En väg in –kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa räknas som medicinsk bedömning,

En väg in innebär att barn, ungdomar och deras föräldrar kan ringa ett nummer för en första bedömning vid psykisk ohälsa. Rådgivning ges, samt vid behov görs en strukturerad intervju (BCFPI) vilket ger vid handen om behov av vidare vård. Därefter bokas en tid till rätt vårdnivå för omhändertagande, BUP alternativt första linjen.

Sedan uppstart i april 2021 har tillgängligheten till ”En väg in – kontaktcenter” successivt ökat och är mycket god, flera månader 100 %. Ett fåtal patienter kommer direkt till mottagning för första linje, där är det svårt att lyckas med bedömning inom 3 dagar.

Generellt sett bedöms tillgängligheten vara mycket god. Efter ett första besök på första linjemottagningen sätts insatser direkt in med stöd- och/eller behandlingsinsatser.

Geografisk tillgänglighet

-

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Cirka 2,7 procent av barn och unga 0-17 respektive 3,9 procent av barn och unga 6-17 år har april 2021 till mars 2022 fått bedömning på En väg in (d v s sedan uppstart). Cirka 1,5 procent av barn 6-17 år har under samma period besökt de nystartade mottagningarna BUPH.

Grupper svåra att nå och strategier?

-

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Teamen på respektive mottagning består av psykolog, (4 tjänster, varav en har psykologiskt ledningsansvar), socionom/kurator (2 tjänster), sjuksköterska (1 tjänst), administrativ assistent (1 tjänst). En avdelningschef för båda mottagningarna.

I inledningsskedet har distriktsläkarkonsultation erhållits 2 timmar per vecka för medicinska frågor. Professionsbeskrivningar har utarbetats, vilka används vid tidsbokningen vid En väg in.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

-

Tillgång till kompetens efter behov?

-

Behandlings- och stödutbud?

Uppdraget är att erbjuda barn och unga, från 6-17 år, med lindrig till måttlig psykisk ohälsa ett tillgängligt, patientsäkert, effektivt och jämlikt omhändertagande på rätt vårdnivå. Man arbetar också med att stödja föräldraskapet och att tidigt upptäcka, förebygga och behandla psykisk och social ohälsa. Enskilda samtal erbjuds på mottagning men också digitala besök, föräldragrupsutbildningar/stöd digitalt. Planering pågår för fysiska föräldragrupper samt barn/ungdomsgrupper med start 2022.

Metodmässigt lutar man sig mot evidens i Socialstyrelsens riktlinjer och BUP:s riktlinjer för depression och ångestsyndrom.

Mål för första linjeverksamheten är att:

- **Uppmärksamma den somatiska sjukligheten i samband med diagnostisering**
Genomföra regelbundna somatiska undersökningar av personer med långvariga depressioner och ångestsyndrom.
Rutin för läkarbesök, regelbunden och strukturerad utvärdering av behandlingseffekt och symtom vid depression och ångestsyndrom.
Kodning ska tas fram med medicinska teamet, ej klart ännu.
- **Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik**
Strukturerad screening och bedömning av missbruk i bedömning, en väg in samt mottagningar barn och ungas psykiska hälsa.
Gemensamma rutiner kring var screening och bedömning sker och dokumenteras, kodas.

KVÅ-kodning, AU119 – strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor. Övervakat urinprov, AV021. Gällande behandling behov av samverkan och öka med socialtjänsten samt BUP. Socialstyrelsens mått (ångest/depression): Strukturerad bedömning av beroendeproblematik $\geq 80\%$

- **Ett mer aktivt suicidförebyggande arbete**
Strukturerade suicidriskbedömningar vid behov med dokumentation.
KVÅ-kodning, AU118 – strukturerad suicidriskbedömning. Socialstyrelsens mått (ångest-depression): Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk $\geq 90\%$
- **Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser**
Pågående arbete med behandlingsinnehåll. Enhetlig registrering och kodning för psykopedagogiska insatser. Förslag anteckningstyp, distanskontakt via telefon/videolänk/grupp/psykosocial behandling.
KVÅ-kodning, DU023 – psykopedagogisk behandling, psykopedagogisk behandling och diagnoskodning. Socialstyrelsens mått: Psykopedagogisk behandling med fokus på depression och ångestsyndrom $\geq 80\%$
- **Öka tillgången till psykologisk behandling**
Kontinuerlig utvärdering av behandlingseffekter, förbättra dokumentationen. Pågående arbete med behandlingsinnehåll, triagering samt bra bedömningar blir grund för att rätt behandlingsinsatser erbjuds i kombination med behov av en tillräcklig kapacitet att erbjuda psykologisk behandling.
KVÅ-kodning, DU011 – systematisk psykologisk behandling KBT. KBT, DU022 – IPT och diagnoskodning. Sorteras på diagnoskod depression och ångest. Socialstyrelsen mått: Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression $\geq 60\%$
Psykologisk behandling med KBT eller ångestsyndrom $\geq 70\%$
- **SSRI/SNRI vid ångestsyndrom** (GAD, separationsångest, social fobi, OCD).
KVÅ-kodning, N06A – Antidepressiva läkemedel + diagnoskodning.

- **Öka stödet till närstående**
Pågående arbete med behandlingsinnehåll. Enhetlig registrering och kodning för stöd till närstående. Förslag på anteckningstyp, föräldrastöd/grupp/distanskontakt via telefon/videolänk.
KVÅ-kodning, DU112 och DU113 - stödjande samtal (till föräldrar). Finns flera KVÅ-koder gällande stöd.
- **Patientkommunikation**
Kommunikation och samverkan med patienter, patientcentrering; Omfattar kommunikation, delaktighet, nöjdhet/bemötande samt informationsflöde patienter och närstående.
Mått: BCFPI-intervjuer vid En väg in kontaktcenter samt uppföljningen efter 1 år, patient/föräldraenkäter 2 gånger per år som en punktskattning på mottagningarna angående nöjdhet/bemötande samt brukarföreningsuppföljningar.
- **Vårdkommunikation**
Kommunikation och samverkan mellan vårdpersonal/vårdenheter; Omfattar kommunikation inom vårdenheter samt kommunikation mellan vårdenheter och mellan huvudmän.
Mått: Avvikelser, enkät/intervjuer samverkanspartners.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

I dagsläget finns två mottagningar (i Kungsbacka och Halmstad) samt digital vårdkontakt eller digital föräldragrupp. Vid behov kan fler mottagningar tillskapas på sikt. Mottagningarna i Kungsbacka och Halmstad kommer jämföras.

Regionens mål är att erbjuda likvärdig behandling genom tydliga vårdprocesser, rutiner, behandlingskonferenser och samordning med en chef och en psykologiskt ledningsansvarig. Ett jämlikt hanterande vid intake främjas genom direkt triagering och tidsbokning via En väg in kontaktcenter med kompetens för ändamålet.

Utvärdering

Regionen har lång erfarenhet och bedrivit forskning av triagering med hjälp av verktyget BCFPI, som nu används vid 'En väg in' kontaktcenter för alla barn och unga. Triageringen med stöd av BCFPI har gjort att första linjen har fått "rätt patienter". BCFPI kommer vid ett årsuppföljning (fr o m april 2022) användas för att mäta effekt utifrån symtombörda och nöjdhet medelst frågor till vårdnadshavare (såsom görs på BUP).

Behandlingsresultat

När första linjeuppdraget låg på vårdcentralerna var det svårt att utvärdera behandlingsresultat eftersom diagnos sällan sattes.

Nu inväntas BCFPI 1-årsuppföljning för patienter som startade i den nya verksamheten "Barn och ungas psykiska hälsa" (BUPH) 2021, det vill säga skattning av symtom, funktion, belastning och tillfredställelse med vården. C-GAS mätning följs över tid. "Blå-appen" används som verktyg (skattningsskalor i paket).

Nöjdhet

Ej undersökt ännu.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Utvärderar symtom och funktion, inklusive skolfunktionen genom BCFPI-uppföljningen efter 1 år.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Ej undersökt ännu. Generellt har hemmasittare, barn med otillräckligt socialt nätverk och barn i riskgrupper sämre prognos.

Diagnoskoder

Diagnoskoder används i bedömningsarbetet.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Samverkan med berörda verksamheter i individärenden, såsom elevhälsa, socialtjänst, vårdcentraler, barnmottagningar, ungdomsmottagningar.

Vid övergång mellan BUP och första linjen sker alltid dialog mellan ledningsansvariga, innan remiss skrivs, så att patienten blir emottagen på respektive vårdnivå på ett patientsäkert sätt och inget glapp mellan vårdnivåerna uppstår.

Övergripande samverkan med elevhälsan och socialtjänst saknas.

Under 2021 pågick ett arbete för att uppdatera den regionala överenskommelsen mellan Region Halland och Hallands kommuner. Nu påbörjas implementeringsarbetet och därmed också en stärkt samverkan på olika vårdnivåer med de sex kommunerna.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

- Tillgänglighet resursmässigt, då det varit svårt att uppskatta patientbesök/personal vid ny verksamhet.
- Mörkertalet som säkert finns, hur hittar vi dem? Hur hittar de oss?
- Upprätta samverkan med elevhälsa, där varje skolas rektor ansvarar.
- Samverkan och samarbete över gränserna med socialförvaltningar i kommunerna, vilka är våra olika uppdrag?

Strategier för att möta utmaningarna

Digitala kontaktvägar och digitalt behandlingsutbud ska vidareutvecklas.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Insatser för barn 0-5 år handhas genom en handläggningsöverenskommelse mellan barnhälsovården i primärvård och BUP.

Behov av nationellt stöd

- För att samordna och skapa jämlika, goda första linjeinsatser över hela Sverige.
- För att upprätthålla olika nätverk, konferenser, utbildningar etc.
- Stöd för att tillsammans med Nationell Kunskapsstyrning utarbeta kunskapsstöd för Första linjens vårdprocesser med insatser och behandling.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

Att med hög ambitionsnivå, envishet och i god samverkan skapa strukturer, vårdprocesser och standardiserade förlopp.

Region Jämtland Härjedalen

Organisation

BUP ansvarar för både första linje och specialistpsykiatri, ett samlat BUP som tar emot allt från det lindriga till det på specialistnivå. Det finns ingen egen skarp gräns eller sortering på vad som är en första linje- eller specialistnivåpatient, ej heller någon nivåindelning mellan BUP:s medarbetare.

En central BUP/Första linjemottagning i Östersund ansvarar för telefonmottagning och tar ställning till egen vårdbegäran via post och 1177. Den centrala mottagningen hanterar det mesta på första linjenivå som går att lösa via telefon eller digitalt. Mottagningen med överläkare gör remissbedömning.

Det finns filialverksamhet ut mot alla kommuner i länet till vilken medarbetare åker ut och hanterar främst specialistnivån men även en del på första linjenivå. Filialerna genomför många nybesök och bokar in ”lättare” patienter som de bedömer att de kan färdigbehandla på cirka tre besök. De bokar även in till grupp- och internetbehandlingar.

Ungdomsmottagningen har nytt första linjeuppdrag och det undersöks hur samarbetet mellan ungdomsmottagning och BUP kan utvecklas.

Ungdomsmottagningen är organiserad inom primärvården med en huvudsaklig mottagning i Östersund och två filialer i två ytterkommuner. Invånare i andra kommuner hänvisas till Östersund.

Huvudsakliga argument för val av modell

Tradition. Organisationen har varit densamma sedan 80-talet då BUP startade telefonmottagning och filialverksamheter.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

I perioder förs diskussioner om att primärvården ska ha uppdraget, så som det är för vuxna. Skäl att avvakta är att primärvården redan har svårt att upprätthålla socionom- och psykologkompetens och att det uppstår gränsdragningsdiskussioner mellan specialist- och primärvårdsnivå.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

I samma hus som den centrala mottagningen och inom samma verksamhetsområde finns Föräldra- och barnhälsan som arbetar gentemot MVC och BVC. Föräldra- och barnhälsan erbjuder föräldrastöd och behandling av förskolebarn, svårare tillstånd remitterar de till BUP.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Mäter andel nybesök inom 30 dagar. För barn och unga som slussas till korttidsbehandling på någon av mottagningarna uppnås nästan alltid besök inom 30 dagar.

Svårt utifrån lokalisering i Östersund centralt. Trots resor ut ofta blir det ändå aldrig fullt ut tillräckligt. Mycket sker via telefon och videobesök. Videobesöken har ökat stort i och med pandemin och är positivt för tillgängligheten.

Geografisk tillgänglighet

-

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

-

Grupper svåra att nå och strategier?

Svårt att få koll på. Ett samarbete pågår med Tilia för att lyssna in ungdomars önskemål och behov.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Mottagningen ska ha hög kompetens, innebärande medarbetare med lång erfarenhet på BUP, sjuksköterskor, socionomer, psykologer. Utifrån den erfarenheten gör de bra bedömningar och kan vara effektiva i kortare behandlingsarbete.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Utgår ifrån BUP:s verksamhet.

Tillgång till kompetens efter behov?

-

Behandlings- och stödutbud?

KBT och familjeterapi är grunden. Vi ser utvecklingsmöjligheter med ännu mer internetbehandling samt ”egenvård” via 1177.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Utbudet är detsamma oavsett var man bor.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Vet ej. Är med i BUPQ men har generellt för lite data.

Nöjdhet

Vet ej. Deltar i nationell patientenkät, men kan inte särskilja svar för första linje respektive specialistnivå. Hösten 2022 införs verktyget ”Key for Care” för att regelbundet få återkoppling från patienter och vårdnadshavare.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Hälften av barn och unga uppger skolproblem.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Gäller BUP: Autism det som har sämst ökning på funktionsnivå (C-GAS). Vi arbetar med att öka autismkompetensen hos personalen (även om Habiliteringen har stöduppdraget). Vi utökar team för svårare patienter, till exempel för självskadepatienter med autism (tidigare har autism varit exklusionskriterium för psykologisk behandling).

Diagnoskoder

Registreras, men ej synkat med andra regioner.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

BUP:s filialer träffar alltid elevhälsa och socialtjänst. Den centrala mottagningen har samverkan med Östersunds kommun samt chefer. I en stad blir det så många fler involverade så det blir mer ”chefssamverkan”.

Skolan kan kalla till SIP enligt lokalt avtal. Filialerna träffar alltid elevhälsa med stående tider. I Östersunds kommun finns ett närvaroteam som arbetar med problematisk skolfrånvaro, där BUP har en representant i teamet. Skolorna vill ha mer stöd och kontakt, vilket är svårt då man inte klarar sitt grunduppdrag.

Det sker inte mycket samverkan med primärvård, men mer med ungdomsmottagningarna organiserade i primärvården.

Det är positivt att habiliteringen finns i samma hus som den centrala mottagningen och i samma verksamhetsområde.

Utmaningar

Jämlika och goda första linjeinsatser

Geografiska avstånd.

Köer leder till att svårare tillstånd ges förtur, även om den särskilda första linjemottagningen gör att en del resurser kan fredas för de lindrigare tillstånden.

Strategier för att möta utmaningarna

Filialverksamhet och förhoppning om att vidareutveckla digitala tjänster.

Behov av nationellt stöd

Benchmarking, inspel och nätverkande.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

-

Region Skåne

Organisation

Första linjen för barn 6 till och med 17 år finns inom BUP (start 2013).

År 2015 gjordes en organisationsförändring då första linjen och kontaktcentret En väg in (EVI) blev ett eget verksamhetsområde inom BUP med en områdeschef, en enhetschef för EVI och tre enhetschefer för fem första linjemottagningar.

Huvudsakliga argument för val av modell

Följande skulle uppnås:

- Hjälp direkt på rätt vårdnivå
- Tidiga insatser utan att sjukförklara livsfrågor
- Lättillgänglig vård skild från övriga sjukvården
- Närhet till barnets miljö i samverkan med vårdgrannar
- Teambaserad sjukvård
- Konsultinsatser för att uppmärksamma riskgrupper och barn som far illa
- Barnkonventionen beaktas
- Jämlik och likvärdig vård

Enligt uppdraget skulle det finnas tydlig anvisning om vart man ska vända sig vid psykisk ohälsa, oavsett orsak, konkretiserad med ett telefonnummer för en första medicinsk bedömning med hjälp av en strukturerad telefonintervju. Telefonmötet skulle främja tidiga och tillgängliga insatser och den strukturerade bedömningen öka träffsäkerheten gällande vårdnivå.

Förfrågan om första linjeuppdrag gick initialt till primärvården, som inte såg någon möjlighet att anta det. Det gavs därför till BUP Skåne.

Förutsedda fördelar med BUP-modell var:

- Befintlig kompetens för kvalitetssäker vård
- Geografisk spridning, utgår ifrån befintliga BUP-mottagningar och ger invånarna närhet till specialistkunskap
- Rutiner för lokal samverkan finns mellan BUP och många kommuner, men behöver anpassas till första linjen

- Länk mellan första linje och specialistnivå, lätt överföring mellan vårdnivåer
- Samlat ansvar för utbildningsplanering och kompetenshöjning av primärvårdsnivå och angränsande verksamheter (identifiering, stöd)
- Befintligt utvecklingsuppdrag för kunskap och metodik
- Vårdgrannar har en organisatorisk ingång
- Snabbare genomförande, möjligt att starta pilotteam innevarande år
- Större samlad organisation, lättare att rekrytera, behålla och utveckla kompetens
- Möjlighet till etappvis utveckling, inför eventuell senare upphandling
- Ambitionshöjning med ekonomisk kontroll

Nackdelar med BUP-modell:

- Åtskillnad mellan kropp och själ
- Del av specialistvården med risk för att prioritera bort första linjeuppdraget. BUP:s svårigheter kan också påverka första linjen.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

2012 stod valet mellan tilläggsavtal till primärvården och organisering inom BUP. Förutsedda fördelar med primärvårdsmodell var kopplingen mellan kropp och själ för alla tillstånd och alla åldrar, nackdelar att:

- Det saknas kompetens inom primärvårdsnivån vilket måste rekryteras. Tar tid att bygga upp och de nya mottagningarna kan bli små och sårbara.
- Inga garanterade volymer i uppdraget försvårar för vårdgivare att planera verksamhet och bemanning.
- Tillgänglighet, kan vi få tillräcklig geografisk spridning. Närhets- och helhetsprincipen förloras då inte alla vårdenheter bedöms ha möjlighet att arbeta med målgruppen. Det finns i ett första skede risk att få stora geografiska områden utan vårdenheter som har blivit godkända att bedriva verksamhet.
- Inga befintliga lokala samarbetsavtal fanns.
- Ekonomisk beräkning är svår att förutse och svårt att ha kontroll över då det är oklart hur många verksamheter som tar uppdraget och patientunderlag, vilket förstärks av att uppdraget inte har en tydlig avgränsning mot andra verksamheter.

Före 2015 var första linjen organiserad inom de fyra olika geografiska BUP-områdena med tillhörande ledningsgrupper. Första linjen och En väg in hade möten kontinuerligt. Det var svårt att utveckla flöden och blev sårbart med olikheterna och begränsningarna i resurser för målgruppen.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Mödra- och barnhälsovården samarbetar med BUP genom en överenskommelse om ansvarsfördelning samt triageringsstöd.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

En väg in erbjuder idag telefonrådgivning och tidbokning till rätt vårdnivå⁴⁸ och hänvisning till annan insats. 95 procent av sökande är vuxna, oftast vårdnadshavare. Ärenden aktualiseras via telefon eller egen vårdbegäran via 1177. Bedömning görs med stöd av BCFPI (45 min) i telefon eller via länk. Verksamheten har påbörjat hantering av pappersremisser ställda till BUP-mottagningarna och en remissmall utarbetats. Ungdomar har möjlighet att chatta anonymt med medarbetare på En väg in (BupOnline hänvisar till chatten).

Arbete pågår med att utveckla en digital En väg in tillsammans med BupOnline. BupOnline är utvecklat med ungdomar och har ett målgruppsanpassat utbud med fakta, artiklar med självhjälp, kontaktvägar och anonym chatt för att förebygga psykiatrisk sjukdom och som steg före behandlingskontakt med vården.

Geografisk tillgänglighet

Första linjen erbjuds i hela Skåne med sex mottagningar och tre filialer. Satellitmottagningar finns genom digitala möten utifrån behov.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

2,2 procent av barn och unga 6-18 år startade en vårdperiod i första linjen 2021. Det bedöms understiga behovet.

⁴⁸ Under de första åren fick Första linjen svårare patienter vad gällde inåtvända symtom jämfört med specialist-BUP. Utvecklingsarbete har genomförts gällande ansvarsfördelning och införande av BCFPI på En väg in vilket resulterat i att patienter idag hamnar på rätt vårdnivå.

En fjärdedel av barnen inom BUP uppskattades (2013) kunna bli tillräckligt hjälpta av stöd, bedömning och behandling på primärvårdsnivån, Första linjen.

Grupper svåra att nå och strategier?

Barn i resurssvaga familjer söker i lägre utsträckning och föräldrar som inte kan svenska kan ha låg kännedom om verksamheten och behöva stöd för att ta kontakt. Samverkan sker med alla kommuner i Skåne, och man försöker stärka samverkan med elevhälsa och socialtjänst i socioekonomiskt utsatta kommuner och stadsdelar med fokus på tidigt upptäckt av barn vars föräldrar kan ha svårt att söka hjälp.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Nödvändiga professioner i första linjen är psykologer, socionomer och medicinsk sekreterare. Önskvärt är även läkare och specialistsjuksköterskor, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Den medicinska kompetensen är avgörande vid bedömning och triagering av patientens totala tillstånd samt för att upprätthålla ett patientsäkert arbete på En väg in.

Idag finns psykologer, socionomer, sekreterare, läkare och en sjuksköterska med steg 1-kompetens i första linjen. Inom En väg in finns sjuksköterskor (de flesta med specialistkompetens), medicinsk sekreterare, en socionom samt läkare.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Första linjen och En väg in är sammantaget lågt dimensionerad med drygt 80 medarbetare, varav en läkare som arbetar i båda verksamheter. En utmaning ligger i att det är knappt två behandlare per kommun.

Utifrån dagens uppdrag kan kompetensen tillhandahållas men kanske inte om mer fokus skulle läggas på primärprevention. Genom digitala möten och behandlingar söker första linjen öka tillgänglighet för samverkan och tidiga insatser.

Behandlings- och stödutbud?

BUP inklusive första linjen ger stegvisa insatser⁴⁹ som börjar redan vid första kontakt och kan innebära förberedelser inför besök eller psykoedukation av generell eller specifik art. Hälften av samtalen till En väg in rör råd, stöd och hänvisning. På BUP Skånes hemsida finns information om egenvård och filmer för föräldrar som ger stöd och kunskap. Det är ofta en tillräcklig insats eller något som kan erbjudas i väntan på besök.

Alla patienter bör vid första besöket få en vårdplan som kontinuerligt följs upp och där patient och närstående är delaktiga. Barnets bästa ska bedömas och barnets inställning och inflytande över sin vård ska dokumenteras.

Första linjen arbetar med kortare insatser, 1-10 besök (emedan BUP kan ha långa kontakter, ibland på flera år). Första linjen erbjuder alla barn standardiserad barnpsykiatrisk bedömning och diagnostik anpassad till första linjenivå ("BUD 1", bedömning, utredning och diagnostik enligt en regional standardiserad process). Därpå erbjuds behandlingsinsatser med stegvis vård enligt framtagna diagnosspecifika regionala standardiserade vårdprocesser (SVP). Verksamheten sätter diagnos på alla (R- och Z-diagnoser respektive F-diagnos).

Det finns idag 14 framtagna SVP och under våren 2022 blir sömn, beteende, Tics/Tourettes klara. Exempel på behandlingsinsatser är psykoedukation i första linjen, självomhändertagande via BupOnline, läkemedelsbehandling vid sömnsvårigheter, individuell terapi (KBT, I-KBT (Ångest), Familjeterapi, KFB (Kortidsfamiljeterapi), Sova: Hjälpt ditt barn Sova bättre (Internetbaserad behandling), Föräldrakurs på nätet (Internetbaserad Cope), Deplyftet (erbjuds enbart i Malmö och Helsingborg)), gruppterapi (Hantera oro, Cool kids, Cool kids mini och Chilled, Chilled med fysisk aktivitet, HODO (Hantera oro digitalt områdesövergripande), Känslostarka barn (grupp på plats eller digitalt områdesövergripande), Kamratkompassen (Mentalisering), Social fobigrupp, ACT (hantera stress), Social ångestgrupp, CFT (Compassionfokuserad terapi, till patienter med mycket självkritik, ca 15–17 år, områdesövergripande)).

⁴⁹ Anpassning av behandlingens intensitet efter patientens behov av vård utifrån kartläggningen/utredningen. Patienter som inte blir hjälpta av en viss behandling kan få mer omfattande insatser i ett högre behandlingssteg.

Neuropsykiatriska utredningar och tillkommande läkemedelsbehandling ingår inte i första linjeuppdraget.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Vissa första linjemottagningar är mindre och första linjen är överlag liten i omfattning. Genom utveckling av fler digitala behandlingar för invånare i hela regionen, både individuellt och i grupp, ökar tillgänglighet och vården blir mer jämlik.

Utvärdering

Första linjen använder Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) och andra utvärderingsinstrument via Blåappen, ett verktyg för skattningsskalor till patient, närstående eller andra i barnets nätverk. Barnets funktionsnivå bedöms med Childrens's Global Assessment Scale (C-GAS). Vårdplaner upprättas med patient och behandlingen utvärderas kontinuerligt.

Behandlingsresultat

Ingen analys har gjorts efter 2019/2020 då man bytte plattform för utvärderingsmetoder. Före dess framkom en måttlig till hög behandlingseffekt på internaliserade tillstånd (ångest och depression) och en måttlig behandlingseffekt på externaliserade tillstånd (ADHD och beteendestörningar).

Nöjdhet

Verksamheten har hög nöjdhet enligt de skattningar regionen genomför och i utvärdering av vårdplaner.

Vid intervjuer med vårdnadshavare som kontaktade En väg in 2018, beskrev samtliga att de blev vänligt, respektfullt och professionellt bemötta. De beskrev att samtalet med sjuksköterskan var av stor betydelse utifrån den frågeställning som de sökte kontakt för. Föräldrarna som besvarat utvärderingar har generellt sett varit mycket nöjda med behandlingen på BUP. Åtskillnad görs mellan första linje och BUP i utvärderingar.

Första linjen har sällan klagomålsärenden; de fall som inkommit handlar om övergångar mellan vårdnivåer och verksamheter. Översyn pågår av ansvarsfördelningen mellan första linje och BUP. Kontinuerlig dialog förs mellan chefer för att få överföringarna mellan vårdnivåer på plats.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Sökorsaker är inte sällan stress, sömnproblem, oro/ångest eller nedstämdhet på grund av dålig skolsituation, vilket anses svårbehandlat eftersom första linjen inte kan förändra på plats i skolan utöver samverkan. Om problematiken är relaterad till skolsituation och medgivande finns görs utvärdering av skolsituationen vid avslut.

Ett elevhälsoprojekt med förstärkning av första linjen på skolans arena⁵⁰ har prövats i länet och finns kvar på några orter. Genom digitala möten finns möjlighet att stärka upp modellen.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Sämre behandlingsresultat för affektiva tillstånd (depressionssjukdomar eller bipolär sjukdom) jämfört med oro och ångesttillstånd. En förklaring är att de affektiva sjukdomarna inte är lika tydliga initialt och kan behöva en mer omfattande behandlingsinsats än första linjen kan erbjuda. Med stöd i vetenskap och beprövade metoder har första linjen sett positiva resultat med KBT-behandling i grupp med fysisk aktivitet.

Diagnoskoder

Diagnoskoder används, klassifikationen ICD-10-SE. Ej synkat med andra regioner.

Samarbete med andra verksamheter

Samverkansparter har ett prioriterat VIP-telefonnummer till En väg in. Varje medarbetare på första linjen har en kommun som man är kontaktperson till för att främja samverkan. Enhetscheferna arbetar för att bibehålla och förstärka samverkan (varje enhetschef har cirka 10 kommuner och tre första linjechefer).

Samverkansformer med elevhälsa ser olika ut beroende på elevhälsornas varierande uppdrag och organisation. I fem kommuner har man pilotprojekt med elevhälsobaserad första linje⁵¹, men utifrån befintliga resurser kan den modellen inte utökas.

⁵⁰ ref

⁵¹ Tidiga insatser för psykisk hälsa ska komma barn till del snabbare i deras skolmiljö. En av utgångspunkterna är att ge alla barn möjlighet att själva söka hjälp

Utvecklingsarbete inom ramen för Tidiga samordnade insatser (TSI, Socialstyrelsen) sker på flera platser. Det är utmanande att kommuner vill ha sin egen modell men finns fördelar med sammanhang där det finns medverkan från flera aktörer, till exempel Backa Barnet med fokus på tidig upptäckt och sammanhållen kedja av insatser, Ett barn – En plan.

Första linjen och BUP arbetar för att nå förbättringar med övergångar mellan vårdnivåer och tydlighet inom ansvarsfördelning. Ett viktigt nav är En väg in, som utgör första kontakten för patienter med egenanmälan och där triage till rätt vårdnivå utförs.

Vid 18 år sker vid behov övergång från första linjen till primärvård eller ungdomsmottagning. Det finns stora utmaningar och skillnader inom primärvård avseende övertag av våra patienter och det finns förhoppningar om tydligare ansvarsfördelning för övertagande. Övertag till ungdomsmottagning är otydligt avseende vilken insats som kan ges och bidrar till ojämlikhet, och arbete pågår inom UM.

Samarbete till barnmedicin fungerar vid indikation men är ett förbättringsområde för sömlös vård. Kan ibland vara ömsesidigt oklart om förväntad insats. Fungerar i skarpa lägen såsom somatisk undersökning vid misstanke somatisk sjukdom eller vid anorexi.

Habiliteringen har främst samverkan med BUP. Här finns behov av förbättringar för att inte exkludera patienter från habiliteringen till första linjesinsatser. Här finns styrka i tidigare nämnd samverkan Backa Barnet då vi kan identifiera behov av insats som ofta med fördel kan ske gemensamt.

Mariamottagningarna och ungdomsmottagningarna har önskemål om att i framtiden ha en gemensam chatt med BUP Skåne (chatten på En väg in).

Genom digitala möten och behandlingar söker första linjen öka tillgänglighet för samverkan och tidiga insatser. I socioekonomiskt belastade områden där färre söker första linjen utvecklas digitala möten och behandlingar för att tillsammans arbeta med tidig upptäckt och erbjuda första linjeinsatser.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

Det är en utmaning att räcka till att förebygga, tidigt upptäcka, behandla samt ingå i samverkansuppdrag med förhållandevis små resurser.

Förestående utmaningar är bland annat att:

- Utveckla samverkansmodeller för att få andra aktörer att identifiera och lotsa vidare barn och vårdnadshavare. Pågående försök med elevhälsobaserad modell⁵², bland annat i socialt utsatta områden, utvärderades av Folkhälsomyndigheten. Det är den modell som hittills fungerat bäst men är omöjlig att erbjuda jämlikt i 33 kommuner utifrån de resurser första linjen har idag.
- Kunna ge hjälp i vardagen utan att nödvändigtvis remitteras till hälso- och sjukvården. Samverkan och samarbete.
- Arbeta tillsammans med andra aktörer i team för att kunna möta barns behov när de uppstår.
- Vidareutveckla och tillgängliggöra utbildningar om självhjälp
- Inget barn som söker till oss ska känna att deras behov inte är ”rätt”, relevanta stöd och redskap ska alltid kunna erbjudas.
- Fortsätta fundera kring hur vi möter barn som har lindriga svårigheter avseende koncentration, överaktivitet och utagerande beteende för att de ska få en bättre funktion i vardagen, utan att de nödvändigtvis behöver komma till hälso- och sjukvården.
- Arbeta med digital omställning. Digitaliseringsarbetet pågår redan i våra verksamheter och ska nu knytas samman med Skånes digitala vårdssystem (SDV). För att effektivisera vården och för att förbereda och underlätta för patienten och närstående, kommer En väg in att skicka ut information, anamnesmall och screeningformulär inför nybesök via digitala verktyg för skattnings- och frågeformulär (Blåappen). All information finns samlat kring patienten och används genom hela vårdprocessen.
- Kunna vara tillgängliga för alla kommuner. Att ha lokaler i alla kommuner är inte kostnadseffektivt och små mottagningar blir sårbara vad gäller bemanning, kompetens och arbetsmiljö. Arbetssätten behöver i högre grad vara digitala och mobila.
- Kriminalitet ökar bland yngre barn kopplat till psykisk ohälsa. Barn, närstående, socialtjänst, skola, polis, brukarorganisationer och civilsamhället är viktiga aktörer i analysen.
- Prioritera barn i utsatta områden. Kanske borde vi i framtiden arbeta mer i team med andra aktörer och med riktad prevention för att identifiera

⁵² En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige

riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barn och unga? En ”preventiv-SIP” kan på ett tidigt stadium identifiera problem och motivera till hjälp och stöd.

Behov av nationellt stöd

- Erfarenhetsutbyte – metodutveckling
- Belysa behovet av tidiga insatser
- Belysa behov av resursförstärkning
- Kraftsamla med kommuner, vårdgrannar
- Samverkan likvärdig i alla kommuner
- Uppdragsbeskrivning (hur arbeta vidare?)
- Övergångar – Patientsäkerhet
- Förbättrat omhändertagande patienter med adhd-problematik
- Utveckling av nationell digitalisering (till exempel BupOnline)
- Nationellt kunskaps-/triageringsstöd för EVI
- Stöd i att utveckla verksamheter både FL och EVI som är målgruppsanpassade med metodik där barn är involverade, se nedan:
- Barns och ungas svårigheter att navigera hur man söker hjälp, önskemål om självhjälp och digitala insatser. Otillräckligt stöd för depression och ångest.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Att arbeta digitalt med individ- och gruppbehandling och med samverkan ökar möjligheten att räkna till för fler. Digital gruppbehandling ökar chanserna för tillräckligt stora grupper inom rimlig tid.
- Se barn och föräldrarna som en resurs och som medskapare i planering och behandling. Låta barn och unga vara delaktiga i utvecklingen av första linjen och En väg in.
- Bli bättre på att utbyta erfarenheter, hjälpas åt och samverka inom det geografiska området.
- Verksamheten är liten i omfattning och skulle kunna göra mer med en bättre dimensionering, bland annat arbeta mer förebyggande och med tidiga insatser.
- Tillhörighet till BUP gör insatser mer tillgängliga. Genom att verksamheten tillhör samma organisation och verksamhetsområde som BUP kan vi hjälpa barn till specialiserade insatser vid behov. I väntan därpå kan första linjen starta behandling.

- Genom att kraftsamla på området och ge gemensamma insatser kan verksamheten nå fler med begränsade resurser.
- Att vara ett eget område inom BUP har gett ökat tydlighet i uppdraget och gjort verksamheten mindre sårbar för tillfälliga vakanser.
- Mer jämlikt, effektivt och minskad sårbarhet med samlokaliserad, centraliserad EVI. En väg in har lyckats med rekrytering och processarbete för att ta fram ett effektivt flöde för patienter. Ett gemensamt arbetssätt har utarbetas för En väg in som kvalitetsstöd med tydliga arbetsbeskrivningar. Vi arbetar med flera mål för En väg in, till exempel rimliga samtalstider och maxtid i telefonkö, utveckling och framtagande av kunskapsstöd (med Uppdrag Psykisk Hälsa).

Region Sörmland

Organisation

Samtalsmottagningarna för barn och unga 6-17 år (2016) är organiserad under BUP. BUP ger via ”En väg in” rådgivning och bedömning av vårdnivå. Samtalsmottagningarna finns i de nio större kommunerna och erbjuder bedömning och behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.

Huvudsakliga argument för val av modell

Det fanns mest kunskap kring målgruppen inom BUP och patienter med lindrig problematik fanns redan i verksamheten.

Man såg en vinst i att det skulle vara lätt att triagera till rätt vårdnivå när det var samma verksamhet som skulle ha helheten.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Ingen annan modell har prövats och övervägs inte heller i dagsläget.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Erbjuds av barnhälsovården.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Tillgänglighet definieras i enlighet med primärvårdsgarantin (där bedömning ska ske inom 3 dagar).

Barn/ungdomar och föräldrar kommer i kontakt med verksamheten via En väg in, egen tidsbokning via 1177 eller drop in. Vid den första kontakten genomförs BCFPI-intervju som ligger till grund för den medicinska bedömningen. Barnet/ungdomen erbjuds alltid den första lediga nybesökstiden i länet.

Geografisk tillgänglighet

Det finns en mottagning vardera i de 9 större kommunerna i länet. Täckningsgraden är beräknad utifrån antal barn/kommun.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Data saknas.

Grupper svåra att nå och strategier?

Grupper som är svårare att nå är de som inte kan svenska språket och ungdomar som inte vill ta kontakt via telefon.

Utifrån att det kan vara svårt att ta kontakt via telefon eller 1177 erbjuds drop-in-besök där bedömning och triagering sker under besöket.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Relevant kompetens för att kunna genomföra bedömning och behandling är psykolog, socionom eller likvärdig yrkesbakgrund med grundläggande psykoterapiutbildning.

Idag består kompetens av psykolog, hälso- och sjukvårdskuratorer med grundläggande psykoterapiutbildning, PTP-psykologer, kuratorer med grundläggande psykoterapiutbildning. Flera medarbetare läser psykoterapeutprogram.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Samtalsmottagningarna har bred och hög kompetens och det har hittills inte funnits svårigheter att rekrytera.

För de barn och ungdomar som har behov av det ger organisationsmodellen tillgång till kontakt med läkare, arbetsterapeut och annan kompetens som de egna mottagningarna saknar. Kontakt med annan kompetens sker i samverkan med specialistnivån och initieras via internremiss.

Behandlings- och stödutbud?

Samtalsmottagningarna erbjuder psykologisk behandling till barn och ungdomar 6-17 år med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Behandling ges individuellt, i grupp eller administreras via internet. Den primära behandlingsmodell som används är KBT.

Samtalsmottagningarna erbjuder familjeterapi (FFT) alternativt föräldrastöd individuellt eller i grupp där det finns möjlighet att delta både digitalt och på plats.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Tack vare mottagningar fördelade på flera orter och ökade digitala möjligheter kan mer jämlik vård erbjudas över länet.

Utvärdering

Bedömning av funktionsnivå (C-GAS) sker vid behandlingsstart samt avslutad behandling. Blåappen används för att administrera skattningsskalor (till exempel BCFPI) där symtomreduktion kan mätas över tid. Gruppbehandlingar utvärderas och sammanställs.

Behandlingsresultat

Behandlingsresultat utvärderas inte, men evidensbaserade behandlingsmodeller används.

Nöjdhet

Data saknas.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Skolsituationen bedöms och skattas genom funktionsnivå (C-GAS). Kontakt tas med skola om det finns uttalad skolproblematik i form av frånvaro eller annan försämrad funktionsnivå i skolan. Samverkan initieras alltid där behov föreligger genom till exempel SIP och följs upp under kontakten.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Utifrån att behandlingsresultaten inte utvärderas systematiskt saknas underlag.

Diagnoskoder

Diagnoskoder och KVÅ-koder används, primärt symtomdiagnoskoder (R-koder), faktorer av betydelse för hälsotillståndet (Z-koder) och mer sällan psykiatriska diagnoser (F-koder).

Samarbete med andra verksamheter

Nära samarbete och samverkan med BUP-mottagningarna i länet.

Samverkan med berörda verksamheter på individnivå.

Strukturerad samverkan på organisatorisk nivå med skola, socialtjänst, vårdcentral, elevhälsa och Barnahus där flertalet kommuner i länet representeras.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

- Organisationsmodellen medför en risk att barn/ungdomar och familjer blir ”bollade” mellan första linjen och specialistnivån (BUP) då det blir svårt med gränsdragning mellan vårdnivåerna.
- Viss utmaning kring gränsdragning och vilka tillstånd som ska behandlas inom första linjeuppdraget. Till exempel får förebyggande och tidiga insatser stå tillbaka på grund av det ökade söktrycket till BUP och individer med svårare problematik blir erbjudna behandling inom första linjen.

Utvecklingsarbete pågår löpande för att öka tydlighet mellan de olika uppdragen (första linjen/BUP) och att skapa en röd tråd i stegvis vård för att kunna möta barn och ungdomar där de befinner sig.

Behov av nationellt stöd

- Ökad tydlighet i första linjeuppdraget avseende de tillstånd som faller inom ramen för såväl första linjen som BUP, till exempel medelsvår depression eller ångesttillstånd som är funktionsnedsättande.
- Gemensam hållning kring vilka behandlingsmodeller som primärt ska användas såväl individuellt som i grupp.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

- Fortsätta utveckla tillgänglighet, behandlingsutbud och tillvägagångssätt för att möta det ökande behovet.
- Skapa tydligare strukturer i bedömnings- och behandlingsarbetet i enlighet med standardiserade vårdflöden.
- Utveckla kvalitetssäkring kring behandlingsutfall (utvärdering och uppföljning) och nöjdhet.
- Ständiga behov att främja samverkan med alla aktörer som möter barn och ungdomar 6-17 år.

Region Östergötland

Organisation

Första linjen är organiserad som en egen, samlad länsklinik under Psykiatricentrum.

Huvudsakliga argument för val av modell

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Första linjen var tidigare organiserad under BUP respektive närsjukvården i respektive länsdel. Med den nya organisationen ville man samla all första linjevård under ett och samma tak i syfte att göra vården mer jämlik över länet.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Definierar tillgänglighet enligt SKR:s riktlinje. När målet till 80 %.

Geografisk tillgänglighet

Uppdrag är länsövergripande men troligtvis finns utvecklingspotential i de små kommunerna. Mottagningar finns i 4 av länets 13 kommuner, med filialer på mindre orter. Digitala besök erbjuds som alternativ.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Cirka 3 procent av barn och unga 6-21 år sökte Barn- och ungdomshälsan 2021 (avser regionens insatser, ej kommunens).

Grupper svåra att nå och strategier?

Svårigheter att nå de mest utsatta och de med utländsk bakgrund. Tillsammans med kommunerna eftersträvar vi förebyggande insatser, men är i planeringsstadiet.

Kompetens och utbud

Kompetens och professioner?

Verksamheten har psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, fysioterapeut och sjuksköterska.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

-

Behandlings- och stödutbud?

Barn- och ungdomshälsan erbjuder enskilda samtal, gruppverksamhet, internetbehandling enligt program och internetförmiddad behandling. Under pandemin har fler övergått till behandling via internet.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Ja.

Utvärdering

Det saknas tradition av att mäta behandlingsinsatser systematiskt. Kliniken avser att påbörja mätningar framöver.

Behandlingsresultat

-

Nöjdhet

-

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

-

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Diagnoskoder

-

Samarbete med andra verksamheter

Ramavtal finns för hela länet samt lokala avtal för länsdelarna. Det finns en läns- och partsgemensam styrgrupp samt länsdelsvisa grupper. Samverkan sker också via Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO)/Samråd vård och omsorg (SVO) på tjänstemanna- och politisk nivå.

Samarbetet med verksamhetens vårdgrannar fungerar i det stora bra. BUP och BOU har kontinuerliga gemensamma avstämningsträffar. Det finns behov av stärkt samarbete med vårdcentraler.

Utmaningar för att tillförsäkra jämlika och goda första linjeinsatser

- Fortsatt arbete med att sätta upp tydliga mål för verksamheten.
- Samverkan med andra aktörer.
- Arbete med gemensamt kontaktcenter för första linje och BUP av typen ”En väg in”.

Behov av nationellt stöd

Fortsatt deltagande i nätverket för Första linjen, arbete med nationella mål och strategier för målgruppen.

Viktigaste lärdomarna att ta med i det fortsatta arbetet

-

Inom somatisk öppen specialistvård

Region Jönköpings län

Organisation

Tre länsdelsmottagningar organiserade inom barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård (BUMM), inom somatisk öppen specialistvård. Den första mottagningen (2012) har delat huvudmannaskap med socialtjänsten, övriga två mottagningar har enbart regionen som huvudman (start 2014, 2016).

Vid uppstart övergick två psykologer från BUMM till att jobba på första linjemottagningen och tog då med sig befintligt uppdrag att arbeta med psykosomatik.

Huvudsakliga argument för val av modell

Det första mottagningen startade inom Modellområdesprojektet⁵³ utifrån ett gemensamt ställningstagande mellan socialtjänst, skola och region.

Inför uppstart av påföljande två mottagningar ansågs en regional huvudman mer organisatoriskt smidigt gällande dokumentation, statistik och anställningsvillkor. Den första startade mottagningens kommun tog tidigt ställning och vill fortfarande vara en aktiv huvudman som delar ansvaret för mottagningen.

Regionen tog tidigt ställning till att barn- och ungdomshälsan inte skulle ligga inom traditionell primärvård utifrån att istället bygga färre enheter med högre och jämnare kompetens än vad man tänkte att samtliga vårdcentraler skulle klara. Frågan var då var denna nya vårdform skulle ligga och man bedömde då att det var mest lämpligt att samordnas inom specialistöppenvård för barn- och ungdomsmedicin som redan hade psykologer som till viss del redan arbetade med något av detta nya uppdrag. Ett engagerat ledarskap spelade troligtvis även roll inom BUP och BUMM.

⁵³ [Modellområdesprojektet \(2012\)](#)

Rådande uppfattning var att det skulle vara en lägre tröskel att söka första linjen inom regionen än om den skulle legat inom socialtjänsten. Kommunerna delfinansierar regionmottagningarnas verksamhet, gällande mottagningen med delat huvudmannaskap har kommunen anställda socionomer på plats istället.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Delat eller enbart regionalt huvudmannaskap inom BUMM.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Sker inom barnhälsovårdens psykologienhet samt länets familjecentraler.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Definierar tillgänglighet som medicinsk bedömning inom tre dagar och första besök på mottagning inom fjorton dagar.

Första bedömning görs vanligen på remiss- och bedömningsenheten (*En väg in, barn och unga, psykisk hälsa*). 73 procent fick en bedömning inom tre dagar 2021. På de mindre mottagningarna med regionalt huvudmannaskap sker besök oftast inom 14 dagar, på den delade mottagningen är det svårare att klara.

Geografisk tillgänglighet

Samtliga tretton kommuner i Jönköpings län ingår i upptagningsområdet. För ökad tillgänglighet fördelas ärenden vid behov till annan än den närmsta mottagningen.

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

Cirka 4 procent av barnen från förskoleklass till 17 år i länet har sökt mottagningarna under 2021. Det saknas uppgift om uppskattat behov.

Grupper svåra att nå och strategier?

Barn från socioekonomiska utsatta områden och resurssvaga familjer. Strategier är ökad samverkan med socialtjänst och skola samt utbildning av kommunmedarbetare i föräldrastödjande program.

Kompetens och utbud

Nödvändig och önskvärd kompetens?

Psykolog, kurator och sjuksköterska anses vara nödvändiga kompetenser, och dessa finns att tillgå på samtliga mottagningar.

Tillgång till specialpedagog, arbetsterapeut, läkare och psykiater är önskvärt. Specialpedagog finns på två mottagningar, samt en arbetsterapeut som man delar på över länet. Totalt över länet finns 10 procent somatisk läkare som konsult till personal på mottagningarna.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Samlade tvärprofessionella mottagningar och god samverkan mellan mottagningarna.

Tillgång till kompetens efter behov?

Det är svårt att rekrytera psykologer, andra professioner är relativt lätt att rekrytera.

Behandlings- och stödutbud?

Enskilda samtal, psykologisk behandling, internetbehandling, föräldrastödsgrupper och digitala föräldraskapstödsprogram, arbetsterapeutiska hjälpmedelsprogram, telefonrådgivning, samverkan.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

Ja.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Inga resultat kopplade till specifika behandlingar och diagnoser.

För- och eftermätning görs vid digitala föräldrastödsprogram; 85% anger programmet som hjälpsamt/mycket hjälpsamt. Utvärdering av föräldragruppintervention visar att de flesta har haft god nytta av gruppen.

Man har BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview) och gör årsuppföljningar medelst den. Resultatet är ännu inte helt tillförlitligt men blir sannolikt det om något år, med bättre rutiner och flöden. Inga andra resultat kopplade till specifika behandlingar och diagnoser.

Nöjdhet

Kundenkät med frågor kring förtroende, delaktighet, stöd och bemötande visar att 99 % av vårdnadshavarna och 95 % av barnen är nöjda med besöket.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Många har en problematisk skolsituation. Problem med skolan följs upp inom stöd- och behandlingskontakten, men uppgifter om skolsituation vid avslut aggregeras inte.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

Ingen tydlig statistik finns i dagsläget, men är på gång framöver.

Diagnoskoder

Nej, endast åtgärds-koder (KVÅ) kopplade till vissa insatser.

Samarbete med andra verksamheter

Former för samverkan

Samverkan med skola sker inom ramen för en skriftlig överenskommelse, chefsnätverk, samverkansträffar, med centrala elevhälsor och genom enskilda kontakter och SIP.

Samverkan med socialtjänst sker genom chefsnätverk, enskilda kontakter och SIP.

Samverkan med BUP sker genom chefsnätverk och informationsutbyte, en gemensam remiss- och bedömningsenhet samt konsultation i komplexa ärenden. Vid övergång till vuxenverksamhet skrivs remiss.

Organiserade med och har gemensamma processer med barnmedicin.

Habilitering och ungdomsmottagningar ingår också i chefsnätverk.

Skriver och tar emot remisser till/från primärvård.

Utmaningar

Hinder för jämlika och goda första linjeinsatser

Olika väntetider i länet delvis på grund av antal personal; den första mottagningen blev underdimensionerad, medan senare startade mottagningar har medarbetare mer utifrån befolkningens mängd. På regionmottagningarna arbetar medarbetarna på ett enhetligt sätt; på den delade mottagningen har de kommunanställda initialt arbetat med råd och stöd, men numera även med biståndsbedömda insatser.

Vårdnadshavare i eller nära en större stad har en större benägenhet att söka vård än vårdnadshavare i landsbygdskommuner.

Vissa yrkesgrupper är svårrekryterade vilket påverkar de två mindre mottagningarna utanför staden.

Strategier för att möta utmaningarna

För att minska väntetider på den delade mottagningen i stadsmiljö har en tjänst flyttats dit från en annan länsdel. Vid behov fördelas ärenden över länets olika mottagningar.

Rekrytering samordnas (samannonsering för ptp-tjänster över hela länet och alla regionens mottagningar som har psykologer) och regionen arbetar aktivt med att vara en attraktiv arbetsgivare för psykologer genom ett regionalt ptp-program.

Påbörjat arbete med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) för att få ett jämnare och bättre flöde för att öka tillgänglighet. Arbetet kommer att utvärderas.

Behov av nationellt stöd

Fortsatt behov av erfarenhetsutbyte på nationell nivå samt stöd för vidareutveckling av målgrupp och verkningsfulla insatser på första linjenivå.

Viktigaste erfarenheterna och lärdomarna som ni tar med er i det fortsatta arbetet att utveckla första linjen

God samverkan mellan första linjens länsdelsmottagningar, och samverkan med alla kommuners elevhälsa och socialtjänst på chefs- och individnivå.

Digitalisering (videosamtal, stödprogram med mera) har gett en högre grad av tillgänglighet oavsett bostadsort.

Region Kronoberg

Organisation

Första linjemottagningen ”Barn- och ungdomshälsan” tillhör sjukhusvården och är organiserad under Barn- och Ungdomskliniken (barnmedicin).

Två mottagningar.

Huvudsakliga argument för val av modell

När mottagningen startade 2012 var Barn- och ungdomskliniken den mest stabila kliniken i organisationen. Både primärvård och BUP genomgick omorganisation och privatiserades (primärvård) under denna period.

Att kunna använda kuratorers och psykologers kompetens skulle medföra en resursförstärkning och en kvalitetshöjning även i den somatiska vården.

Tidigare prövade eller övervägda modeller

Inte tidigare. En översyn pågår av hela organisationen och två verksamhetsområden har slagits samman till ett för primärvård, psykiatri och rehabilitering. En frågeställning är om första linjen ska tillhöra primärvården istället för sjukhusvården.

Verksamhet för de yngsta, 0-5 år

Arbete pågår för att inkludera de yngre barnen i En väg in. Tillsammans med andra kliniker (BVC, BUP, HAB) ses utredningsprocessen och stödbehov över.

Tillgänglighet och dimensionering

Tillgänglighet

Region Kronoberg har ”En väg in”-mottagning som ska ta emot, bedöma och triagera till första linje och specialistpsykiatri inom 3 dagar. Målet uppfylldes till 93 procent 2021. Till första linjen finns ett mål på nybesök inom 30 dagar som uppfylldes till 95 procent 2021. Vanligtvis är det 2-3 veckors väntetid till nybesök (förutom i juli då det är stängt i 3 veckor).

Geografisk tillgänglighet

-

Andel av målgrupp som sökt första linjen i förhållande till uppskattat behov?

3,4 procent av barn i åldersgruppen har remitterats från En väg in till första linjen 2021.

Grupper svåra att nå och strategier?

Barn, ungdomar och familjer från särskilt utsatta områden (mer social komplex problematik och med utländsk bakgrund).

Första linjen behöver finnas på fler arenor/forum och bli mer lättillgängliga. Idag kan man bara ringa på dagtid eller skicka egenremiss på 1177 för att komma i kontakt med En väg in. Ungdomar ska i högre grad själva kunna söka kontakt.

Kompetens och utbud

Nödvändig och önskvärd kompetens?

Hög kompetens och mycket erfarenhet behövs för att kunna göra bra och kärnfulla bedömningar och ge korta och effektfulla insatser och stöd. En blandning av olika professioner och kompetenser krävs för att kunna matcha patientens problematik. Det behöver finnas psykiatrisköterska och kurator med minst steg 1-kompetens eller motsvarande, psykolog, psykoterapeut, handledare och arbetsterapeut.

Verksamheten har idag psykiatrisjuksköterska, sjuksköterska och kurator (med minst steg 1-kompetens eller motsvarande), psykolog, psykoterapeut, handledare och arbetsterapeut (vakant för närvarande). Den medicinska kompetensen arbetar med samtal/stöd/behandling, inte medicinuppföljning eftersom det inte ingår i första linjeuppdraget.

Organisation för att tillhandahålla kompetens?

Första linjen är en enhet med två mottagningar. Resurserna är samlade och kan användas väl och för att matcha patientens problematik med lämplig behandlare.

Medarbetare söks med hög, specifik och olika kompetens vid rekrytering, med möjlighet till fortbildning. Enheten har idag en hög och bred kompetens.

Tillgång till kompetens efter behov?

Ja, i stor utsträckning.

Behandlings- och stödutbud?

Första linjen erbjuder råd, stöd och korta insatser/psykologisk behandling både enskilt och i grupp; på plats, via video och som internetbehandling IGBT/ångesthjälpen Ung.

Ett förebyggande team erbjuder utbildning i form av föreläsningar/workshops, handledning och konsultation till skola, elevhälsa, primärvård och föräldrar på generell nivå eller avidentifierad individuell insats (till exempel anonyma konsultationer till pedagoger eller elevhälsa om barn som inte fungerar i klassen). Dessa kontakter är på en generell nivå och registreras inte som patienter på mottagningen.

Några första linje-medarbetare ingår i Barn- och ungdomsklinikens team där man arbetar tvärprofessionellt med barn med somatisk sjukdom och psykisk ohälsa. Medarbetare handleder vid barnkliniken och ger akut krisstöd vid behov.

Likvärdigt utbud i det geografiska området

I länet finns två mottagningar. På den mindre mottagningen är erfarenhet och kompetens lite smalare, även om det finns olika professioner och bred kompetens på båda mottagningarna.

Utvärdering

Behandlingsresultat

Har inte använt utvärdering tidigare över tid/återkommande.

Periodvis använt SDQ vid start och avslut. Från och med 2021 ska behandlingsresultat utvärderas med BCFPI, 1-årsuppföljning för behandlingsresultat och nöjdhet.

Nöjdhet

Periodvis (inte 2020/2021) utvärderat nöjdhet (externt företag) med bra resultat.

Skolsituation som parameter i utvärdering av stöd- och behandlingskontakt

Nej.

Problemställningar med sämre resultat (symptomreduktion, funktion)

-

Använder diagnoskoder

Nej.

Samarbete med andra verksamheter

Med skola sker nätverksträffar på chefsnivå där enhetens chef träffar elevhälsochefer i länets olika kommuner varje termin.

Före pandemi och omorganisation fanns samarbetsforum med kommunernas socialtjänst. Samarbete sker i individärenden. Kontakten med socialtjänsternas mottagningsenheter är god.

För habilitering, BUP och första linje finns regelbundna samverkansform på chefsnivå, inte på medarbetarnivå.

Första linjen har en kontaktperson på vuxenpsykiatri för att diskutera eventuella överremitteringar.

Första linjen tillhör organisatoriskt barn- och ungdomskliniken där upparbetat samarbete och teamarbete finns. Chef för första linjen ingår i barn- och ungdomsklinikens ledningsgrupp.

Inget upparbetat samarbete med primärvård.

Samverkan sker med ungdomsmottagning vid behov. Det är enkelt eftersom första linjen och ungdomsmottagning finns i samma hus. Utnyttjar också varandras kompetenser i olika ärenden och till kompetenshöjning hos medarbetare.

Familje Frid är en mottagning för personer som utsatts för våld i nära relationer. Första linjen har representant i nätverk med medarbetare från kommunerna och Region Kronoberg som i sin verksamhet träffar barn som kan ha utsatts för våld.

Chef för första linjemottagning är deltagare i Tvärgrupp barn, en fast arbetsgrupp med representanter både från kommun och region som arbetar med övergripande uppdrag. Tvärgruppen får samverkansuppdrag.

Chefer deltar i nationella nätverksträffar för En väg in (kontaktcenter) och första linjen.

Utmaningar

Hinder för jämlika och goda första linjeinsatser

Att nå målgrupper i behov och att behandlare ska erbjuda mer likvärdig vård/stöd.

Strategier för att möta utmaningarna

Utveckla och erbjuda gruppverksamhet för fler tillstånd med psykoedukation och stöd i grupp (som idag ges enskilt). Det finns idag för oro/ångest/rädsla och ACT.

Omvärldsbevakning sker av andra första linjeverksamheters insatser.

Behov av nationellt stöd

Stöd och nätverksträffar för chefer. Nationella riktlinjer kring ramar/uppdrag för mer likvärdig vård.

Viktigaste erfarenheterna och lärdomarna som ni tar med er i det fortsatta arbetet att utveckla första linjen

- Bra bedömning och triagering är viktigt för effektivt och kärnfullt jobb. En väg in har medfört en strukturerad och bredare kartläggning/bedömning och beskrivning av problematiken, mer likvärdiga bedömningar. Patienter som ska till specialistpsykiatri kommer mer rätt och direkt dit än tidigare.
- Införande av BCFPI har ökat kvaliteten på bedömningarna, gjort dem mer likvärdiga och gett möjlighet att följa upp och utvärdera strukturerat på årlig basis.
- Råd/stöd/psykoedukation kan ges av medarbetarna på En väg in.
- Vi behöver bli bättre på att utvärdera både kvalitet och resultat på insatser och upplevd nöjdhet.
- Det behövs en tydligare rutin och struktur för hantering av patienter med frågeställning NPF-utredning/problematik. Antalet inkommande remisser med denna problematik ökar med långa köer för NPF-utredning. Första linjen behöver utveckla föräldrastödjande insatser som kan ges först och även utveckla arbetsterapeutiska insatser som en första åtgärd. Det krävs en bra samverkan med skolan/elevhälsan för anpassningar i skolmiljön. Olika kommuner har olika rutiner för vad man gör i skolan innan man skickar remiss för NPF-utredning, det behöver bli mer likvärdigt.

- Första linjen behöver bli bättre på att nå individer i särskilt utsatta områden, patienter med mer social komplex problematik och de med utländsk bakgrund. Merparten som söker till första linjemottagningarna är välfungerande föräldrar som hör av sig för stöd/insats.
- Första linjen bör bli mer lättillgänglig för ungdomar som själva söker kontakt. Idag kan man ringa eller skicka egenremiss på 1177. Det finns planer på andra öppettider och chatt.
- Det är en utmaning att arbeta med korta, effektiva insatser. Erfarenhet och evidens för korta insatser är knapphändig. För medarbetare som tidigare arbetat på BUP eller inom vuxenpsykiatri har det varit en omställning med korta kontakter.
- Det behövs en uppbyggd och välfungerande samverkan och nätverk med elevhälsa, skola och socialtjänst. Kännedom om varandras uppdrag och verksamheter. Att veta vad man kan förvänta sig och vad för stöd och insatser det finns i de olika kommunerna som kan komplettera första linjens insatser. Samarbetet på individnivå, både med elevhälsa, pedagoger och ibland socialtjänst, är viktigt för att kunna hjälpa patienten och familjen med helheten. Man behöver arbeta åt samma håll men utifrån sitt uppdrag.
- Att arbeta förebyggande, till exempel ge föreläsningar och konsultation till professioner och föräldrar för att höja kunskap om psykisk ohälsa (att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa, lugna och normalisera, egenvård).
- Att hitta sätt att erbjuda mer likvärdig vård, till exempel genom gruppverksamhet för olika tillstånd.

Referenslista

Barnpsykiatrikommittén. (1998). *Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar* (SOU 1998:31). Stockholm: Socialdepartementet.

Christina Dalman, Lene Lindberg, Ann-Louise Sirén, Susanne Wicks. (2018). *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga*. Psykisk Hälsa, Centrum för Epidemiologi Samhällsmedicin (CES). Stockholms läns landsting.

Christina Dalman, Sven Bremberg, Johan Åhlén, Anna Ohlis, Emilie Agardh, Susanne Wicks och Andreas Lundin (2021). *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt*. Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. (2022). *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram* (SOU 2022:22). Stockholm: Socialdepartementet.

Inera. *Första linjens digitala vård*. <https://www.inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-varld/om-forsta-linjens-digitala-varld/>. Senast uppdaterad 220324. (hämtad 220608 kl 13:11)

Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Vad har IVO sett 2019?* <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/vad-har-ivo-sett-2019-digital.pdf>

Jämlikhetskommissionen. (2020). *En gemensam angelägenhet* (SOU 2020:46). Stockholm: Finansdepartementet

Kommissionen för jämlik hälsa. (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (SOU 2017:47). Stockholm: Socialdepartementet

Kunskapsguiden. *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/>. Granskad 201118. (hämtad 220608 kl 11:28)

Kunskapsguiden (2019). *Forskaren Mats Tyrstrup om samordning, gränser och organisatoriska mellanrum*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/forutsattningar-for-samverkan/forskaren-mats-tyrstrup-om-samordning-och-organisatoriska-mellanrum/> (hämtad 220518)

Kunskapsguiden. (2020). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/> (hämtat 220518)

Nationell psykiatrisamordning (2006). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet.

Nationella vård- och insatsprogram. (2022). *Adhd*. <https://www.vardochinsats.se/adhd/> (hämtad 220512)

Nationellt system för kunskapsstyrning. (2021). *Stegvis utredning och behandling inom hälso- och sjukvården. Vård- och insatsprogrammet för adhd*.
https://www.vardochinsats.se/media/1145/utredning-och-behandling-inom-hos_gunilla-granholm-20210211.pdf (hämtad 220512)

Primärvårdskvalitet. (2022). *Kontinuitet*.
<https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html> (hämtad 220411 kl 15:31). SKR.

SBU. *Om hjälpen hölls ihop*. Ursprungligen publicerad i Vetenskap & Praxis, maj 2020.
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/om-hjalpen-holls-ihop/> (hämtad 220608 kl 13:00).

Skolverket. (2022). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*.
<https://www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga> (hämtat 220518)

SKR. *Målbild - kompassen för omställningen till Nära vård*.
<https://skr.se/skr/tjanster/larandeexempel/allalarandeexempel/malbildkompassenforomstallningentillnaravard.50297.html>. Publicerad 210217. (hämtad 220608 kl 10.22)

SKR. *Nära vård*.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>. Publicerad 2021-12-20. (hämtad 220808 kl 10:04)

SKR. (2019). *Kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa. Rapportering av tillgänglighet för medicinska bedömningar*.
<https://skr.se/download/18.7c1c4ddb17e3d28cf9b6085b/1642593139129/7585-751-0.pdf>

SKR. (2012). *Modellområdesprojektet – psykisk hälsa bar och unga. Slutredovisning för perioden 2009-2011.*

SKR. (2020). [Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. Nuläge och vägar framåt.](https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5e6b6/1642508836044/7585-880-7.pdf) <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5e6b6/1642508836044/7585-880-7.pdf>

SKR. (2021). *Program på Stöd- och behandlingsplattformen (SoB).* <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-937-8.pdf?issuusl=ignore>

SKR. (2021b). *Digitala möjligheter som stöd i den nära vården.* https://skr.se/download/18.5463fea9180b4e0c6d5515b9/1652951016778/Digitala-mojligheter-som-stod-i-den-nara-varden_SKR.pdf

SKR. (2022). *Nationellt system för kunskapsstyrning.* <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html> (hämtad 220518)

SKR. (2022b). *En inblick i BUP 2021.* <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/03/En-inblick-i-BUP-2021.pdf>

Socialdepartementet & SKR. (2022). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.* <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979efc64f5/1643379898155/OK-God-och-nara-vard-2022.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-16.pdf>

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, & SKR. (2020). *Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020.* https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM_Begrepp-inom-omr%C3%A5det-psyisk-h%C3%A4lsa.pdf

Uppdrag Psyisk Hälsa. (2017). *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psyisk Hälsa.* <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2017/11/Hur-mar-bup.pdf>.

SKR

Uppdrag Psyisk Hälsa. (2022a). *Om oss.* <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/omoss/> (hämtad 2022-05-18). SKR.

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2022b). *Elevhälsan*.

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/skola-och-elevhalsa/elevhalsa/> (hämtad 220518).

Rapport ska publiceras. SKR.

Uppdrag Psykisk Hälsa. *Förstalinjekonferens 2022: Barns och ungas psykiska hälsa*.

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kalender/forstalinjekonferens-2022-barns-och-ungas-psykiska-halsa/>

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. (2021). *Börja med barnen! Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34). Stockholm: Socialdepartementet

Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. (2006). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - Analyser och förslag till åtgärder* (SOU 2006:77). Stockholm: Utbildningsdepartementet

Utredningen om utsatta barn i skolan. (2010). *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* (SOU: 2010:95). Stockholm: Utbildningsdepartementet

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (2020). *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19). Stockholm: Socialdepartementet

Waenerlund et al. (2020). “[Assessing the youth-friendliness of youth clinics in northern Sweden: a survey analyzing the perspective of the youth](#)”. *BioMed Central* Vol. 20, nr 1, artikel-id 346

2015 års skolkommision. (2017). *Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet* (SOU 2017:35). Stockholm: Utbildningsdepartementet

Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22

Idag finns en formell första linje för barns och ungas psykiska hälsa i alla regioner, varav en del verksamheter är ny- eller omstartade. I den här skriften presenterar regionerna kortfattat det aktuella läget för sin första linje genom att besvara frågor om organisation, tillgänglighet, bemanning, stöd- och behandlingsinnehåll, uppföljning, samverkan, utmaningar och lärdomar.

De samlade erfarenheterna kan ge fortsatt inspiration till förbättringsarbete i regioner och kommuner och utgöra ett underlag för fortsatt regional och nationell dialog kring gemensamma frågor angående första linjen.

Upplysningar om innehållet
Helena, Orrevad, helena.orrevad@skr.se
www.uppdragpsyiskhalsa.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022